



Implementação do Programa “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”

Rosa Maria Prozil da Costa Pereira

Trabalho de projeto apresentado ao Instituto Politécnico de Viana do Castelo, para a obtenção do grau de Mestre em Gestão das Organizações, Ramo Gestão das Unidades de Saúde.

Orientado pela Professora Doutora Carminda Morais

Co - orientado pela Dra Cristina Sales

Viana do Castelo, Março de 2012



Implementação do Programa “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”

Mestranda: Rosa Maria Prozil da Costa Pereira

Orientador: Professora Doutora Carminda Morais

Co-orientadora: Dra Cristina Sales

Viana do Castelo, Março de 2012

**“ Nada se consegue sem esforço;
Tudo se pode conseguir com ele”**

Emerson

RESUMO

A preocupação com a segurança do utente do foro cirúrgico tem sido crescente, devido à elevada frequência de erros e eventos adversos, que muitas vezes poderiam ser prevenidos, traduzindo-se em consequências dramáticas para utentes, profissionais de saúde e instituições.

A Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations propôs, em 2003, um Protocolo Universal direcionado para a segurança do utente cirúrgico. Nesse seguimento, quatro anos depois, a Organização Mundial de Saúde (OMS), iniciou um programa denominado "Cirurgias Seguras Salvam Vidas", recomendando a utilização de uma Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC), que inclui algumas tarefas e procedimentos básicos de segurança e do Apgar cirúrgico.

Em Portugal, foram dados os primeiros passos, através da Direção Geral de Saúde (DGS), que determinou a implementação do referido programa em todos os blocos operatórios do Sistema Nacional de Saúde, não existindo até ao momento dados concretos acerca da efetiva implementação da circular normativa emanada em meados de 2010.

O presente trabalho de projeto ambiciona contribuir para a consolidação de uma cultura de segurança e indução de boas práticas, implementando as orientações recomendadas pela OMS e DGS em todas as intervenções cirúrgicas do bloco operatório central (BOC) e de ambulatório (BA) da Instituição de Saúde em Estudo (ISE), localizada na Região Norte. Fomentadas as condições necessárias, a ISE propôs-se partir para a diferenciação positiva, eliminando a cultura "tarefeira" que muitas organizações insistem em perpetuar.

Neste contexto, a abordagem da mudança planeada, sugerida no âmbito deste trabalho de projeto, opera-se nos termos do ciclo da qualidade (PDCA), através do diagnóstico da situação, da ação para resolver os problemas detetados, da avaliação dos efeitos dessa intervenção e da possibilidade da implementação de medidas corretivas.

Foram efetuadas todas as diligências no sentido de implementar a LVSC, tendo a aplicação decorrido no período entre 19 de Julho e 19 de Setembro de 2011. Porém, face a problemas de cariz informático, pese embora se tenha aplicado a LVSC nos dois blocos, apenas foi possível aceder aos dados do BOC. Numa cultura de melhoria contínua da qualidade, informou-se a DGS do problema detetado a nível da plataforma informática, na medida em que a mesma não permitia consultar as listas realizadas, constrangimento com implicações consideráveis no ritmo e estágio de desenvolvimento do trabalho.

Os principais problemas, que emanam do diagnóstico de situação, no BOC, dizem respeito à adesão à LVSC, cujo percentual de realização se situa nos 24% (242) e sua incorreta utilização nos diferentes momentos preconizados em 43,4% (86). A marcação do local cirúrgico, quando aplicável, apenas está presente em 22,7% (55) sendo o percentual da não marcação superior em

cerca de 8%. A administração de profilaxia antibiótica e tromboembólica, bem como a consulta de exames durante o ato operatório são também questões de relevo na análise dos resultados. Destacam-se ainda aspetos relativos à comunicação escrita (necessidade de obter resposta a todos os itens da lista e a transmissão de informação pertinente acerca do utente/procedimento cirúrgico) e à falta de apropriação, na íntegra, do conceito de segurança por parte da equipa multidisciplinar.

Após a apresentação dos resultados, procurar-se-á negociar a execução de medidas corretivas, de forma a manter o envolvimento da equipa, estimulando o seu interesse e motivação, assegurando assim a continuidade do projeto.

Palavras-Chave: Qualidade, Segurança, Cirurgia, Lista de Verificação

SUMMARY

The concern for patient safety in surgery forum has been growing due to the high frequency of errors and adverse events, which could often be prevented, resulting in dramatic consequences for users, health professionals and institutions.

The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations proposed in 2003, a Universal Protocol oriented to the patient surgery safety. Following this, four years later, the World Health Organization (WHO) initiated a program called "Safe Surgery Saves Lives", recommending the use of a Surgical Safety Checklist (SSC), which includes some tasks, basic safety procedures and the surgical Apgar.

In Portugal, the first steps, are taken through the *Direção Geral de Saúde* (DGS), which led to the implementation of this program in all operating blocks of the National Health System, till now there are no concrete data about the effective implementation of the circular regulations created in mid-2010.

This research project aspires to contribute to the consolidation of a safety culture and induction of good practice, implementing the guidelines recommended by WHO and DGS in all surgical interventions of the central operating block (COB) and outpatient block (OB) of the Institution of Health in Study, located in the north of the country. Promoted the necessary conditions, the Institution of Health in Study has been proposed to differentiate positively from eliminating the culture of "taskers" that many organizations insist on perpetuating.

In this context, the approach of planned change, proposed under this work project, operates in terms of the quality cycle (PDCA), through the diagnosis of the situation, action to solve the problems identified, the assessment of the effects of this intervention and the possibility of implementing corrective measures.

All efforts were made to implement the SSC, the application was implemented between the 19th July to the 19th of September 2011. However, due to computer problems, although the SSC was applied in the two blocks, it was only possible to access data from COB. In a culture of continuous quality improvement, it was reported the DGS about the detected problem in the IT platform, it not allowed to consult the lists made, causing considerable implications in the rhythm and level of work development.

The main issues resulting from the diagnostic of the situation, in COB, concern the access to SSC, whose percentage stands at 24% (242) and its incorrect use at different times at 43.4% (86). The arrangement of the surgical place, when applicable, is only present in 22.7 % (55) while the percentage of not arranging is superior in 8 %. The administration of antibiotic and thromboembolic prophylaxis and the verification of exams during the surgical act are also relevant issues in the analysis of results. We also highlight aspects of written communication (need to get answers to all

the list items and the transmission of relevant information about the patient / surgical procedure) and the lack of assimilation of the security concept by the multidisciplinary team.

After the presentation of results, negotiations will be developed to the implementation of corrective measures, in order to maintain the involvement of the team, stimulating their interest and motivation, thereby ensuring the continuity of the project.

Keywords: Quality, Security, Surgery, Check List

RESUMEN

La preocupación por la seguridad del usuario en el foro quirúrgico ha aumentado debido a la alta frecuencia de errores y eventos adversos, que a menudo se podrían evitar, lo que resulta en consecuencias dramáticas para los pacientes, profesionales de la salud y las instituciones.

La Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations ha propuesto, en 2003, un protocolo universal destinado a la seguridad de el paciente quirúrgico. En este seguimiento, cuatro años más tarde, la Organización Mundial de Salud (OMS), comenzó un programa llamado "Cirugía Segura Salva Vidas", en la que recomendaba el uso de una Lista de Verificación para la Seguridad Quirúrgica (LVSQ) que incluye algunas de las tareas, los procedimientos básicos de seguridad y el Apgar quirúrgico.

En Portugal, los primeros pasos fueron, a través de la Dirección General de Salud (DGS), que llevó a la implementación de este programa en todas las salas de operación del Sistema Nacional de Salud, no hay datos concretos sobre la aplicación efectiva de la circular normas emitidas a mediados de 2010.

Este proyecto de investigación tiene como objetivo contribuir a la consolidación de una cultura de seguridad y la inducción de buenas prácticas, la aplicación de las directrices recomendadas por la OMS y la DGS en todas las intervenciones quirúrgicas en el bloque central de operaciones (BCO) y bloque externo (BE) de la Institución de Salud en Estudio (ISE), situada en la Región Norte del país. Fomentadas las condiciones necesarias, el ISE se ha propuesto para diferenciar positivamente de la eliminación la cultura de "tareadores" que muchas organizaciones insisten en perpetuar.

En este contexto, el enfoque del cambio planeado, se propone en este proyecto de trabajo, operaren términos del ciclo de calidad (PDCA), a través del diagnóstico de la situación, de medidas para solucionar los problemas detectados, la evaluación de los efectos de esta intervención y la posibilidad de aplicar medidas correctivas.

Hemos hecho todo lo posible para aplicar el LVSQ, la aplicación ha transcurrido entre el 19 de julio y 19 de septiembre de 2011. Sin embargo, dada la naturaleza de los problemas en los datos de la computadora, y aunque la LVSQ se ha aplicado en dos bloques, sólo era posible acceder a los datos del BCO. En una cultura de mejora continua de la calidad, se informó la DGS del problema detectado en la plataforma informática, en la medida en que no se le permite consultar las listas hechas, con consecuencias considerables en el ritmo y en el nivel de trabajo de desarrollo.

Las principales cuestiones que emanan de la situación de diagnóstico, BCO, son relativas a la adhesión a la LVSQ, cuyo porcentaje de finalización se sitúa en el 24% (242) y su mal uso en diferentes momentos en el 43,4% (86). La marcación del local quirúrgico, en su caso, sólo está

presente en el 22,7% (55) mientras que el porcentaje de no-marcación és superior en el 8%. La administración de la profilaxis antibiótica y tromboembólica, y la consulta de los exámenes durante el acto quirúrgico son también cuestiones relevantes en el análisis de los resultados. También se destacan aspectos de la comunicación escrita (necesidad de obtener respuestas a todos los elementos de la lista y la transmisión de información relevante sobre el paciente / procedimiento quirúrgico) y la falta de enfoque, del concepto de seguridad por el equipo multidisciplinario.

Después de la presentación de los resultados, se tratarán de negociar la aplicación de medidas correctivas, con el fin de mantener la participación del equipo, estimulando su interés y motivación, asegurando así la continuidad del proyecto.

Palabras Clave: Calidad, Seguridad, Cirugía, Lista de Verificación

AGRADECIMENTOS

A concretização deste trabalho foi possível pela inestimável colaboração de muitas pessoas, que não poderia deixar de mencionar, expressando aqui o meu reconhecimento a todos e cada um que, intensa ou subtilmente, contribuíram para a realização do mesmo.

Agradeço à Professora Doutora Carmina Morais, orientadora deste trabalho, o compromisso, a disponibilidade e respeito, bem como o espírito crítico e o incentivo constante que possibilitou a conquista do mesmo.

Expresso um agradecimento muito especial à Dra. Cristina Sales, com ampla experiência do Serviço de Gestão da Qualidade, co-orientadora deste estudo, pela sua receptividade, dedicação e persistência possibilitando a concretização do mesmo na ISE.

À Instituição de Saúde, nomeadamente aos responsáveis pela Gestão de Risco Clínico e Serviço de Gestão da Qualidade, aos diversos profissionais do BOC e BA bem como aos órgãos de gestão dos mesmos que, gentilmente colaboram na implementação do projeto CSSV, possibilitando a relação dialética teoria/prática, como uma mais-valia para todos os intervenientes. Ao préstimo e paciência dos administrativos do Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão e do departamento cirúrgico. Ao serviço onde exerço funções, por toda a disponibilidade e apoio.

À minha família, pela cumplicidade e compreensão dos momentos adiados, pelos estímulos dados e por acreditarem que este momento chegaria.

Aos meus amigos pelo incentivo constante, perseverança e carinho.

Aos colegas de Mestrado, pela partilha de experiências e momentos vivenciados durante este curso.

Ao Instituto Politécnico de Viana do Castelo, nomeadamente à Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo pelo contributo em mais uma etapa do meu percurso formativo.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

Nº	Número
%	Percentagem
Cit in	Citado em
P.	Página
Dra	Doutora
APNOR	Associação de Politécnicos do Norte
BA	Bloco de Ambulatório
BOC	Bloco Operatório Central
CA	Cirurgia de Ambulatório
CCI	Comissão de Controlo da Infecção
CHKS	Caspe Healthcare Knowledge Systems
CNADCA	Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório
CP	Cirurgia Plástica
DGS	Direção Geral de Saúde
DQS	Departamento da Qualidade na Saúde
DR	Diário da República
EGQ	Estratégia de Gestão de Qualidade
EUA	Estados Unidos da América
GPA	Gestora do Projeto de Acreditação
GRC	Gestor de Risco Clínico
HELICS	Hospital in Europe Link of Infection Control through Surveillance
HEPIC	Hospital Epidemiologic Control
IACS	Infecção Associada aos Cuidados de Saúde
ICN	Internacional Council of Nurses
INE	Instituto Nacional de Estatística
IOM	Institute of Medicine
ISE	Instituição de Saúde em Estudo
ISO	International Organization for Standardization
JCAHO	Joint Commission Board of Commissioners
LIC	Lista de Inscritos para Cirurgia
LVSC	Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica
M	Manhã
MC	Melhoria Continua
MCQ	Melhoria Contínua da Qualidade
MTP	Modelo de Trabalho Pedagógico
OMS	Organização Mundial de Saúde
ORL	Otorrinolaringologia

PDCA	Plan, Do, Check, Act
PNS	Plano Nacional de Saúde
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SIGLIC	Sistema Integrado de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
T	Tarde

INDICE GERAL

INTRODUÇÃO.....	1
CAPITULO I: DELIMITANDO CONSTRUTOS NORTEADORES DO PROJETO	5
1. QUALIDADE DOS CUIDADOS DE SAÚDE, UM DESAFIO.....	7
2. A SEGURANÇA DO DOENTE	14
3. MUDANÇA ORGANIZACIONAL: GERIR E FORMAR RUMO À QUALIDADE DOS SERVIÇOS	21
CAPITULO II: MATERIALIZAÇÃO DOS CONSTRUTOS	28
1. ANÁLISE DA SITUAÇÃO.....	30
1.1 Caraterização do contexto do estudo	31
1.2 Política da qualidade da ISE	34
1.3 Implementação da LVSC: das necessidades às possibilidades	38
2. PLANO DE AÇÃO	45
3. AÇÃO DESENVOLVIDA.....	47
4. IMPLEMENTAÇÃO DE MEDIDAS CORRETIVAS.....	58
CONCLUSÃO.....	60
BIBLIOGRAFIA	64
WEBGRAFIA.....	68
APÊNDICES.....	70

ÍNDICE DE APÊNDICES

APÊNDICE 1: Fichas projeto do plano de ação.....	71
APÊNDICE 2: Fichas projeto das medidas corretivas.....	71

INDICE DE FIGURAS

FIGURA 1: <i>Print screen</i> da lista de verificação de segurança cirúrgica	41
FIGURA 2: <i>Print screen</i> das opções de menu da cirurgia segura	41
FIGURA 3: <i>Print screen</i> da ficha de registo do ato cirúrgico	42
FIGURA 4: <i>Print screen</i> da opção, em rodapé, para a criação de uma ficha de LVSC	42
FIGURA 5: <i>Print screen</i> do tabulador – antes da indução de anestesia	43
FIGURA 6: <i>Print screen</i> do tabulador – antes da incisão da pele.....	43
FIGURA 7: <i>Print screen</i> do tabulador – antes do doente sair da sala de operações- e modo de conclusão da ficha.....	44
FIGURA 8: <i>Print screen</i> de demonstração do modo de pesquisa da LVSC.....	44

INDICE DE QUADROS

QUADRO 1 - Plano semanal de distribuição das salas do BOC por especialidades	33
QUADRO 2 - Distribuição da atribuição do número de horas semanais do BOC por especialidade	34
QUADRO 3 - Distribuição numérica e percentual da aplicação da LVSC e tempo de aplicação segundo as cirurgias efetuadas	49
QUADRO 4 - Distribuição numérica e percentual das respostas obtidas nos diversos itens correspondentes ao preenchimento da primeira parte da LVSC - Antes da indução da anestesia	51
QUADRO 5 - Distribuição numérica e percentual das respostas obtidas nos diversos itens correspondentes ao preenchimento da segunda parte da LVSC - Antes da incisão da pele..	53
QUADRO 6 - Distribuição numérica e percentual das respostas obtidas nos diversos itens correspondentes ao preenchimento da terceira parte da LVSC - Antes do doente sair da sala de operação	55
QUADRO 7 - Distribuição numérica e percentual do modo de preenchimento da LVSC, em plataforma informática, por período de tempo.....	56
QUADRO 8 - Distribuição numérica e percentual do modo de preenchimento da LVSC, em plataforma informática, pelas diferentes fases	57

INTRODUÇÃO

Tratar a questão da gestão do risco clínico/medicamentoso ou a gestão da qualidade em unidades de saúde é falar de direitos fundamentais da pessoa humana enquanto doente ou utente de unidades de saúde. Sabemos, porém, que nas unidades de saúde em Portugal, a prevenção do erro e a implementação de medidas eficazes de promoção da qualidade se encontram em fase embrionária no panorama dos serviços de saúde do nosso país.

A premissa da qualidade dos cuidados de saúde é, constantemente, uma máxima dos governantes, todavia, as atuais reformas em curso no sistema de saúde, centralizam-se fundamentalmente numa perspetiva de eficiência económica (produtividade) a curto prazo.

Para garantir os direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde, o Ministério da Saúde tem como uma das suas missões potenciar a sua coesão e a qualidade da prestação de cuidados de saúde. Em 24 de Junho de 2009 a Ministra da Saúde aprova, por Despacho nº 14223/2009, a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde e incumbe o Departamento da Qualidade na Saúde (DQS) de criar um programa nacional de acreditação em saúde, em relação ao qual a adesão das instituições prestadoras de cuidados será voluntária. O trabalho do DQS reveste-se assim da maior importância para a implementação de uma verdadeira cultura de qualidade e segurança no setor da saúde, sendo a Segurança do doente a terceira estratégia de atuação.

O Plano Nacional de Saúde (PNS), alinhado para o período 2004-2010, apontava como orientação estratégica a melhoria da qualidade organizacional dos serviços de saúde. No seguimento, uma das orientações do PNS 2011-2016 é a qualidade dos cuidados, sob dupla aceção: qualidade da estrutura e qualidade dos processos. A qualidade da estrutura dá ênfase aos recursos utilizados para atingir os resultados esperados e a qualidade dos processos considerando a dimensão técnica, a dimensão das relações interpessoais e a dimensão organizacional.

Também a Aliança Mundial para Segurança do Utente desperta a consciência e o comprometimento político para melhorar a segurança na assistência e apoia os Estados-Membros no desenvolvimento de políticas públicas e práticas para segurança do cidadão. A cada ano, a Aliança organiza programas que abrangem aspetos sistémicos e técnicos para a melhoria da segurança pelo mundo, formulando Desafios Globais para a Segurança do Utente.

Tendo em conta o crescente volume anual de cirurgias, a segurança cirúrgica emergiu como um problema de saúde pública significativo. As complicações que surgem durante a intervenção cirúrgica ou após a sua concretização continuam a ser causa importante de morbilidade e mortalidade.

É um facto que a assistência cirúrgica tem sido um componente essencial dos sistemas de saúde, contudo, apesar de terem ocorrido progressos importantes nas últimas décadas, infelizmente a

qualidade e a segurança da assistência cirúrgica tem variado em todas as partes do mundo. Embora as taxas de mortalidade e as complicações após cirurgia sejam difíceis de comparar, devido à diversificação/variabilidade dos casos, nos países desenvolvidos as complicações cirúrgicas major ocorrem em 3-16% dos procedimentos cirúrgicos, provocando invalidez permanente ou morte em 0,4-0,8%. Segundo a mesma fonte, cerca de metade dos eventos adversos nesses estudos foi determinado como evitável (WHO Guidelines for safe surgery , 2008).

Errar é humano, mas quando no erro estão envolvidas pessoas, seres humanos, a percepção que fica após a leitura de tal expressão é que a pretensa desculpabilização que a mesma encerra, não se aplica. Todos aqueles que fazem parte do universo de profissionais da saúde são seres humanos, falíveis como quaisquer outros, no entanto, as expectativas criadas em redor da saúde, quer no que refere à acessibilidade aos cuidados, quer no que diz respeito à qualidade da prestação dos mesmos, não permite toda ou qualquer aceitação por parte do indivíduo face ao insucesso.

O erro e o que em seu redor o condiciona (nomeadamente as suas causas) deve ser fonte de preocupação e investigação, para que seja possível minimizar a sua ocorrência, identificando-o, corrigindo-o, divulgando-o e prevenindo-o, entendendo que estas medidas serão basilares para o desenvolvimento de uma cultura de segurança nas instituições de saúde.

Se é certo que a saúde é uma área sensível para todos, os erros que neste âmbito sucedem, se não podem ser totalmente eliminados, têm que servir para crescimento e progresso, para a melhoria das condições assistenciais que preconizam. Se os seres humanos são capazes de errar, também são capazes de utilizar a sua inteligência e aprender algo com o que fizeram, bem ou mal. Aos agentes de saúde compete detetar, analisar e divulgar os eventos para prevenir o próximo erro.

Por esse motivo, o segundo desafio lançado pela Aliança Mundial para Segurança do Utente, "Cirurgias Seguras Salvam Vidas", tem como objetivo o aumento dos padrões de qualidade almejados pelos pacientes em qualquer lugar, através da adesão dos blocos operatórios à aplicação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC) e do Índice de Apgar Cirúrgico, requerendo para tal um forte comprometimento político, boa vontade e empenho dos grupos profissionais, pelo mundo para direccionar os problemas comuns e potencialmente fatais da assistência cirúrgica insegura.

Portugal aderiu e a Direção Geral de Saúde (DGS) emanou em vinte e dois de Junho de 2010 a Circular Normativa nº 16/DGS/DQCO para todos os blocos operatórios do Sistema Nacional de Saúde.

Neste contexto, a elaboração de um projeto para a implementação da Cirurgia Segura na Instituição de Saúde em Estudo (ISE), torna-se premente. Um projeto cujo sucesso levará a uma maior eficiência na prestação de cuidados, maior diálogo entre os diferentes atores, exigindo esforço de todos para a sua concretização traduzindo-se em benefícios para o utente/família e

promovendo a credibilidade da própria instituição de saúde. Permite ainda, uma maior racionalidade de gestão de recursos, evitando potenciais implicações de financiamento por reinternamento dos utentes.

A escolha deste trabalho agrada-me particularmente, enquanto profissional de saúde, enfermeira a exercer funções desde 1996 num serviço de cirurgia, na medida em que, contato no meu dia-a-dia de trabalho com complicações decorrentes de práticas cirúrgicas inseguras, possibilitando com a elaboração deste trabalho dar o meu contributo para, de alguma forma, minimizar este problema.

Escolhi a realização de um projeto porque considero profícuo uma vez que "todos os projetos (...) contribuem significativamente para a inovação das nossas práticas e identidade profissional" (Fernandes, 1998/1999, p. 236). Visto que o projeto "não é uma simples representação do futuro, do amanhã, do possível, de uma "ideia", é o futuro a "fazer", um amanhã a concretizar, um possível a transformar em real, uma ideia a transformar em ato"(Fernandes, 1998/1999, p. 234) com ele pretendo planear ações de modo a atingir a mudança com benefícios no futuro, tendo sempre presente o fato de um projeto ser flexível, podendo ser suscetível de reformulações.

Optei por circunscrever o presente relatório em dois capítulos: no primeiro concebo a contextualização que sustenta a construção teórica e no segundo o trabalho empírico que finda com o diagnóstico da situação. É programado um momento de devolução de resultados e mediante a apreciação dos mesmos, serão negociadas medidas corretivas a implementar.

Sendo a Cirurgia Segura uma norma da Direção Geral de Saúde, pretendo com este trabalho de projeto:

- Contribuir para a consolidação de uma cultura de segurança na assistência ao utente do foro cirúrgico e na indução de boas práticas nos blocos operatórios da ISE;
- Implementar a orientação "Cirurgias Seguras Salvam Vidas" nos blocos operatórios da ISE;
- Promover a prática da aplicação da LVSC e do Apgar Cirúrgico, como garantia da melhoria contínua da segurança dos cuidados.

O presente relatório do trabalho de projeto insere-se no âmbito do Mestrado de Gestão das Organizações, Ramo Gestão das Unidades de Saúde, desenvolvido pela Associação de Politécnicos do Norte (APNOR), no Politécnico de Viana do Castelo, no período de Setembro de 2009 a Julho de 2011.

Através deste relatório não pretendo delimitar conceitos, enclausurar as causas do erro, atribuir responsáveis ou alcançar resultados definitivos. Ambiciono:

- Evidenciar a pertinência da problemática desenvolvida;
- Refletir sobre o trabalho desenvolvido no âmbito da problemática;

- Dar conta de todo o desenvolvimento do trabalho projeto;
- Fazer uma análise crítica inerente aos desenvolvimentos;
- Adquirir a qualificação de Mestre.

Pese embora o projeto visasse a implementação nos dois blocos operatórios existentes na ISE, só foi possível obter resultados num deles (BOC) devido a problemas de índole informática cujas repercussões se fizeram sentir no ritmo de desenvolvimento do trabalho.

Realço ainda a importância da articulação existente entre um projeto formativo de nível académico com a realidade em contexto dos cuidados de saúde, uma vez que foi sugerido pelo Serviço de Gestão da Qualidade da ISE, assegurando a relação dialética teoria/prática, como uma mais-valia para todos os intervenientes.

CAPITULO I: DELIMITANDO CONSTRUTOS NORTEADORES DO PROJETO

A qualidade nos cuidados de saúde justifica-se por razões de ordem social, ética, profissional e económica. Para se garantir a qualidade dos mesmos é necessário conhecer as principais componentes do conceito de qualidade, para posteriormente elaborar um programa de garantia, avaliar de uma forma sistemática a execução do mesmo e definir o modelo conceptual a aplicar.

Os desafios da qualidade e da segurança surgem em primeiro plano nas prioridades do sistema de saúde português.

A segurança do utente, enquanto componente essencial da qualidade, requer um esforço contínuo de melhoria por parte das instituições prestadoras de cuidados de saúde, através da criação de uma cultura de segurança institucional.

Nesse seguimento, entre 2006 e 2009, a OMS estabeleceu como meta prioritária para a segurança, a melhoria da segurança e a prevenção do erro humano e do efeito adverso. Iniciou um programa direccionado para os procedimentos cirúrgicos, denominado “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”.

No capítulo subsequente irei abordar a segurança do doente, a qualidade dos cuidados de saúde e a mudança organizacional, a nível da gestão e da formação.

1. QUALIDADE DOS CUIDADOS DE SAÚDE, UM DESAFIO

Apesar do crescente interesse pelo tema, nos últimos anos, o conceito de qualidade representa um desafio para a maioria dos atores que agem na área da saúde, não tendo ainda chegado a um acordo sobre uma definição operacional apropriada e compartilhada. Podemos dizer que não existe uma definição única e absoluta de qualidade. Este é um conceito subjetivo, multidimensional e resulta do contributo de diferentes autores que, ao longo do tempo, foram enfatizando diferentes dimensões de uma mesma temática.

Segundo Wilkinson, selecionando as perspetivas dos principais nomes associados à qualidade, encontramos Crosby (1979) que a define como conformidade com os requisitos e especificações. Deming (1950) que a entende por relação à satisfação das necessidades presentes e futuras dos clientes e Juran (1951) que vê a qualidade como adequação ao uso. Feigenbaum (1956) define-a como valor para o cliente, enquanto Peters e Waterman como excelência (1998). Sem dúvida, o conceito de qualidade não é simples nem inequívoco, mas complexo e polivalente, sendo importante notar que cada conceito de qualidade reflete o contexto socioeconómico do qual emerge.

A principal evolução da teorização sobre o assunto resultou da passagem de uma economia de produção em massa para a do consumo, ou seja, de uma cultura de produção, em que o conceito de qualidade aparece associado à definição de conformidade com as especificações, para uma cultura de orientação para o cliente, em que se torna primordial a noção de satisfação de necessidades(Sá, 2002).

Por seu turno, também o conceito de qualidade em saúde tem muitas facetas e autores diferentes podem utilizar significados distintos para esse termo. No contexto dos sistemas europeus de saúde foram identificadas diversas abordagens do tema da qualidade dos serviços de saúde.

Até metade dos anos oitenta, o debate sobre a qualidade em saúde referia-se somente à dimensão técnica. Entretanto, o risco em reduzir a qualidade somente a essa dimensão, com preocupantes efeitos sobre a responsabilização dos profissionais de saúde, favoreceu o desenvolvimento de uma segunda etapa da qualidade. Esse segundo momento focaliza-se nos aspetos organizacionais e de gestão. É em 1989, a partir dos estudos pioneiros de Donabedian que a garantia de qualidade se desenvolve conceptual e metodologicamente, e se difunde graças ao apoio de diversas entidades designadamente, da Organização Mundial de Saúde (OMS).

A qualidade em saúde não se relaciona, exclusivamente com um ou outro desses aspetos, resulta de uma vantajosa integração e relação entre eles.

A complexidade da qualidade depende de vários fatores que enriquecem o conceito de qualidade em atenção à saúde, ao mesmo tempo o tornam de difícil definição. Primeiramente, é preciso assinalar a complexidade da conceção de Saúde, que considera a pessoa na sua unidade bio-

psico-social, incluindo os componentes espirituais e relacionais. Tal complexidade é reforçada pela variedade de atores que agem no âmbito dos sistemas de saúde e pela diversidade dos pontos de vista.

A multiplicidade de abordagens e metodologias de análise da qualidade depende também do carácter intimamente multidimensional do conceito de qualidade. Nesse sentido, Serapioni, refere que "[a] OMS considera que a assistência qualitativamente adequada deve incluir a qualidade técnica, uso eficiente de recursos, controlo dos riscos oriundos das práticas assistenciais, acessibilidade da atenção e aceitabilidade por parte dos utentes"(2009, p. 70).

É preciso também focar peculiaridades das ações de saúde que não produzem bens, mas serviços. Diferentemente do que acontece numa empresa industrial, o produto nos serviços de saúde é o resultado do contato direto entre profissionais e utentes e das ações e interações que constituem essa relação. Finalmente, a conceção de qualidade é condicionada por fatores contextuais históricos, culturais, políticos, sociais e institucionais.

A Qualidade em Saúde depende da intervenção dirigida às estruturas de prestação de cuidados (recursos materiais e humanos, instalações e organização); aos processos decorrentes da própria prestação de cuidados (qualidade técnica dos cuidados, adequação e validade da informação produzida, integração e continuidade de cuidados) e aos resultados. Efetividade, eficiência, acesso, segurança, equidade, adequação, oportunidade, cuidados centrados no doente, continuidade, respeito mútuo e diferentes perspetivas (a do utilizador dos serviços de saúde, do profissional e do gestor) constituem as diferentes dimensões da Qualidade em Saúde.

A necessidade de um sistema de qualidade foi identificada pela OMS Europa, na declaração "Saúde para todos no ano 2000", Meta 31, e pelo Conselho da Europa na sua recomendação 17/79 do Conselho de Ministros, referindo-o como um conjunto integrado de atividades planeadas, baseado em metas explícitas e na avaliação do desempenho, abrangendo todos os níveis de cuidados, com o objetivo de melhoria contínua.

Em Portugal, "[a]s políticas de qualidade na saúde são realmente descontinuadas e o movimento da segurança do doente, que surgiu na sequência do relatório do IOM em 1999, não teve eco nas políticas de saúde nacionais, apesar dos compromissos assumidos com a própria OMS"(OPSS, 2009, p. 97).

O Ministério da Saúde, no seu papel de coordenador do sistema de saúde português, tem, assim, como missão promover e disseminar, nas instituições prestadoras de cuidados de saúde, uma cultura de melhoria contínua da qualidade.

Fortalecidas, que estão, a cobertura territorial e a universalidade da prestação de cuidados de saúde (pese embora as dificuldades persistentes), os desafios da qualidade e da segurança surgem, em primeiro plano, como uma das principais prioridades do sistema de saúde português.

A previsão de escassez de recursos poderá condicionar a implementação de um sistema de qualidade. Por seu turno, o cumprimento das orientações e *guidelines* emanadas, não significa necessariamente a qualidade dos cuidados. Num contexto evolutivo, a qualidade dos cuidados é determinada pelas necessidades da população, pelas expetativas e grau de satisfação dos utentes em relação a prestação de cuidados e aos profissionais.

O PNS, como documento estratégico, cumpre um papel agregador e orientador daquilo que é mais importante implementar para promover "Mais Saúde para Todos" os portugueses.

O PNS 2011-2016 refere que a Qualidade em Saúde pode ser definida como a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão. Implica, ainda, a adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expetativas do cidadão e o melhor desempenho possível. É perspectivado um Plano Nacional de Qualidade em Saúde com uma estrutura de governação que assegure a responsabilidade pela qualidade dos cuidados de saúde aos vários níveis do sistema e envolva a participação dos profissionais e dos doentes. É definido um conjunto de metas nacionais na área da qualidade dos cuidados, que englobe as suas várias dimensões, que ainda se encontra em discussão e onde refere como condicionantes a rápida e feroz mudança que caracteriza o tempo atual fazendo com que o SNS possa vir a alterar a ordem das prioridades.

Para a consecução destas orientações foi aprovada a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde que consta no Despacho nº 14223/2009 do DR II Série, nº 120 de 24 de Junho de 2009, a qual consiste num programa nacional de acreditação em saúde, baseado num modelo de acreditação sustentável e adaptável às características do sistema de saúde português, com o objetivo de garantir a qualidade das organizações prestadoras de cuidados de saúde e promover o seu empenho voluntário na melhoria contínua, consolidando a cultura da qualidade integral (Diário da República, 2.ª série - N.º 120 - 24 de Junho de 2009/Despacho n.º 14223/2009).

A gestão eficiente dos recursos disponíveis, cada vez mais escassos para dar resposta a um volume crescente da procura de cuidados de saúde, não obsta a que se exija um nível da qualidade da prestação cada vez mais elevado, mesmo considerando que vivemos uma época de enormes desafios para os gestores dos sistemas de saúde e para os profissionais que neles trabalham.

Os cuidados de saúde são hoje prestados num palco diversificado de interesses em conflito, numa mudança tecnológica permanente e sob uma indagação pública sem precedentes, sendo o nível de exigência dos utilizadores do sistema de saúde cada vez maior, tal como é a expetativa de bons resultados terapêuticos. Nesta conjuntura, as eventuais falhas ou erros ocorridos no contexto da prestação de cuidados de saúde, são potencialmente interpretados, pelos cidadãos, num quadro de eventual culpa, numa sociedade com cada vez maior consciência social.

Um serviço de saúde, como qualquer outra organização, deve produzir mais riqueza do que aquela que absorve, sendo que o capital saúde dos indivíduos e das sociedades é a principal

riqueza produzida nestes serviços. A desadequação da gestão organizativa, que caracteriza muitos serviços de saúde, sai muito mais cara do que os necessários investimentos com a Qualidade. Se corretamente implementados, estes investimentos geram um elevado retorno e reduzem fortemente os custos de não Qualidade. "Quando o volume de recursos não permite o resultado final desejado, sendo esse resultado alcançado por outras organizações que usam recursos equivalentes, o aumento de qualidade significa que com os mesmos recursos se faz mais. Em termos de custos totais, o sistema de saúde gasta exatamente o mesmo, em termos unitários, por produção realizada, gasta menos (divide o mesmo custo total por uma produção maior)" (Barros, 1998).

Muitos são os passos que se podem dar para melhorar a Qualidade dos serviços de saúde. No entanto " [a]lguns aspetos podem ser objetivamente medidos, como o tempo de espera para ser consultado, outros, mais dificilmente, como por exemplo a qualidade da relação estabelecida com o doente. Infelizmente nem sempre os critérios mais facilmente mensuráveis são os melhores ou os mais adequados. Os critérios de Qualidade são interdependentes e interagem entre si estando por vezes em conflito uns com os outros" (Pisco, 2009, p. 44).

Para obter ganhos em termos de satisfação dos clientes, de otimização dos recursos, de reconhecimento pelas comunidades envolvidas, pode-se começar por colocar a tónica na vertente conformidade, na engenharia de processos, nas características mais intangíveis do serviço, nos aspetos relacionais do atendimento, na modernização das práticas de gestão, na liderança dos recursos humanos, no planeamento estratégico – ou em todas elas.

Há quem defenda que a variabilidade e o carácter imprevisível que caracterizam os serviços de saúde representam uma desvantagem para a utilização dos modelos de garantia da Qualidade ISO 9000 nestes serviços. Mas é exatamente porque a área de imprevisibilidade é grande que há a necessidade de normalizar o que é repetitivo, comum.

Atualmente, o desempenho de uma organização prestadora de serviços de saúde encontra-se mais centrado no "cliente", dando grande enfoque a fatores como o *empowerment*, a educação para a saúde, o conforto, os mecanismos de reclamação e a continuidade dos cuidados.

Em termos governamentais a utilização destes mecanismos tem sido uma forma bastante hábil de avaliar o grau de informação dos utilizadores dos serviços de saúde em relação aos direitos de promover a sua divulgação e aumentar as expectativas/exigências (Oliveira, 2007).

É exatamente por isso que há a necessidade de disciplinar processos e definir procedimentos padrão. Porque é a melhor forma de garantir que os colaboradores estão preparados para responder com segurança, flexibilidade e iguais padrões de qualidade a situações imprevistas e altamente variáveis de cliente para cliente. Não obstante, tal como Pisco faz menção, as Normas de Orientação Clínicas, podem prevenir casos de má prática conduzindo a melhorias uniformes da qualidade mas o resultado da utilização de Normas de Orientação Clínicas será sempre mais a prevenção de problemas do que a promoção da excelência (Pisco, 2009).

Se perspetivamos a qualidade do ponto de vista do utente, sabemos que o bem-estar e a satisfação dos utentes é essencial. Assim, o mesmo autor referenciado, afirma que a qualidade tende a ser uma perspectiva individual mais do que coletiva, pois as necessidades de cada utilizador podem ser diferentes e mesmo colidir com as necessidades de outros utilizadores assim como podem estar em conflito com a perspetiva dos profissionais”(Pisco, 2009).

A qualidade enquanto conceito multidimensional requer diferentes abordagens para a sua avaliação. Indicador de qualidade pode ser definido como uma medida quantitativa sobre algum aspeto do cuidado ao paciente. O seu uso permite a monitorização do desempenho dos serviços de saúde, a programação de ações de melhoria de qualidade e orienta os utentes para que realizem escolhas mais bem informadas. A utilidade dos indicadores depende de sua validade, fiabilidade e viabilidade.

Hoje e cada vez mais no futuro mais próximo, a garantia da qualidade é uma opção estratégica absolutamente inquestionável. Perante uma sociedade mais exigente e com direitos reconhecidos, a garantia da qualidade faz parte integrante de todas as instituições.

Consiste num conjunto de atividades sistematicamente desenvolvidas e implementadas na organização para garantir que a qualidade de um bem ou serviço é atingida. Pode ser considerado o primeiro método desenvolvido para controlar e reduzir a alta variabilidade dos resultados terapêuticos através de um processo formalizado de avaliação do cuidado médico. Um sistema de avaliação de desempenho que permite a avaliação da prestação de serviços ou da qualidade dos produtos fornecidos aos consumidores, clientes ou utentes.

O objetivo da qualidade passa pela implementação de medidas de melhoria contínua (MC) que levarão à qualidade total. A MC é uma abordagem da qualidade que introduz ferramentas/metodologias de gestão, para além das ferramentas tradicionais da garantia da qualidade, com ênfase na organização e nos sistemas, tendo como principais objetivos: relevância dos processos em detrimento do indivíduo; salientar a importância dos clientes “internos” e “externos”; promover a evidência objetiva como elemento fundamental na tomada da decisão e na melhoria dos processos.

A MC da qualidade clínica é um processo interdisciplinar, desenhado para garantir que os padrões de prestação de cuidados preventivos, de diagnóstico, terapêuticos e de reabilitação são atingidos, no sentido de manter, restaurar e melhorar os resultados de saúde dos indivíduos/populações.

A ênfase do cliente e ao mesmo tempo a afirmação de abordagens orientadas para a humanização e valorização de relações equitativas entre profissionais e utentes têm legitimado o ponto de vista do utente e a importância da sua satisfação, o que foi inspiração para a terceira fase da avaliação da qualidade em saúde. A partir desse momento a visão do utente é considerada essencial junto à perspetiva técnica e organizacional.

Berwick cit in Sale (1998) refere que, para a melhoria contínua da qualidade, são fundamentais três pontos de ação: o esforço para conhecer cada vez mais a fundo o utente e ir associando constantemente esse conhecimento às atividades diárias das organizações; o esforço para modelar a cultura das organizações, principalmente através da ação dos líderes, no sentido de promover o brio, a alegria, a colaboração e o pensamento científico; o esforço para aumentar de forma continuada os conhecimentos acerca do controlo da variação dos processos de trabalho, através da utilização generalizada de métodos científicos de recolha de dados, análise e ações daí derivadas. Para o referido autor, quando estes três esforços são desenvolvidos em sincronia, uma organização floresce e melhora continuamente.

▪ **Qualidade e o ciclo PDCA**

Os sistemas de qualidade baseiam-se numa abordagem de gestão sistemática, suportada nos princípios da organização, nas práticas e processos, que procura a melhoria contínua da qualidade dos produtos e serviços através da melhoria dos processos e do retorno da informação dos colaboradores e dos clientes.

Se realmente se deseja trabalhar com qualidade, deve-se considerar o ciclo PDCA (Plan, Do, Check, Action), como cerne do sistema, de modo que todas as ações desenvolvidas terão como orientação básica o cumprimento do ciclo, de maneira que se houver uma etapa inicial de planeamento (P), necessariamente haverá uma de execução (D) e depois o controle (C), com ação (A) corretiva, se for o caso. Um conceito simples adotado por Deming que se baseou no Ciclo de Shewart, que o concebeu por volta de 1939. O ciclo PDCA é representado normalmente por um círculo com quatro quadrantes. Dando um olhar rápido, parece corresponder a uma ferramenta já antiga na área da gestão, contudo trata-se de um excelente utensílio estratégico, cujo principal objetivo é o de manter todas as atividades da empresa sob controlo, tanto as operacionais como as administrativas. Um perfeito sincronismo entre os diferentes processos e etapas, que se relacionam entre si formando um todo, único e integrado, garantindo o resguardo e a conservação dos padrões de desempenho ideais. Esta ferramenta é de fundamental importância para a análise e melhoria dos processos organizacionais e para a eficácia do trabalho em equipa. É o método central da Gestão da Qualidade, sua aplicação é muito vasta e generalizada. O objetivo consiste em rodar o ciclo, traduzindo o fato de que a empresa deve estar em constante movimento para aprimorar sua qualidade. A rotação (360º) tem que ser rápida, do mesmo modo que, nos dias atuais tudo tem que ser ágil, e tem que ser constante, para manter a condição de competitividade. Se o ciclo for corretamente rodado, a empresa aprenderá com os erros, sendo que após cada rotação ela estará num degrau superior ao ciclo anterior.

Uma roda para girar exige a aplicação de uma força. Trazendo este conceito da mecânica para a gestão empresarial, pode afirmar-se que para rodar o ciclo PDCA na empresa é preciso um esforço da administração, bem como de todas as pessoas para a busca de melhores resultados. Esse esforço compõe-se da dedicação de tempo das pessoas aos processos de mudanças possíveis. Desenvolvendo um pouco mais cada uma das quatro fases: Planear (P): é o início de

tudo, consiste basicamente no estabelecimento de um plano composto de metas, assim como pelos meios que permitirão atingi-los, acompanhados do respetivo cronograma. É uma fase crucial para todo o processo, pois aí serão estabelecidos todos os caminhos e rotas a serem seguidos durante sua execução. Executar (D): Aqui é onde as causas começam a agir sobre os efeitos. Corresponde ao processo, à execução de tudo o que foi cuidadosamente elaborado, definido e detalhado durante a fase de planeamento, colocar em prática toda a formulação das metas traçadas, utilizando as melhores ferramentas de gestão em busca dos melhores resultados. Nessa fase, a prática e a disciplina dos colaboradores é indispensável para uma execução eficiente e eficaz de todo o plano. O que, só será possível com descentralização e comunicação com qualidade, que disponibilizem poderes e todas as informações necessárias aos estrategas que irão trabalhar no projeto. Portanto é o momento que corresponde à monitorização dos itens de verificação. Conferir (C): é o acompanhamento de toda a execução do projeto, dos procedimentos e métodos implementados, objetivando a compilação de dados para uma avaliação e análise dos resultados alcançados em cada fase da execução. É a oportunidade adequada para comparar as metas definidas em P com os resultados obtidos, medidos através dos itens de controlo, agora que o processo acabou e que o produto está elaborado, manifestando-se nele uma série de efeitos. De importância fundamental no projeto, esta é a etapa que vai possibilitar correções de desvios de rotas, adequação dos planos às mudanças imprevistas na conjuntura económica e de mercado, mudanças de estratégias e aprimoramento de mecanismos de controlo, além de permitir a identificação de erros no planeamento original e corrigi-los em tempo de evitar maiores danos ao projeto. Ação (A) corretiva: aplica-se no caso de serem comprovados desvios entre as metas estabelecidas e os resultados obtidos. A administração deverá fazer correções tendentes a sua neutralização. É o momento de atuar sobre todo o sistema organizacional, estimulando comportamentos e emoções que mantenham a motivação dos grandes responsáveis pelo sucesso de todo o projeto, criando mecanismos que assegurem a manutenção duradoura do clima de harmonia no ambiente de trabalho que vai ser determinante na continuidade do sucesso, conquistando a excelência empresarial e, quem sabe, a liderança do mercado.

O PDCA é uma ferramenta de gestão, útil na realização de todas as atividades, sendo ideal que todos os elementos da organização a utilizem no seu dia-a-dia. O interesse crescente em produzir com qualidade e demonstrá-lo é uma diferenciação positiva que se tem vindo a afirmar em todas as áreas de atividade.

A adoção de uma Estratégia de Gestão de Qualidade (EGQ), aplicável a todos os processos de prestação de Serviços de Saúde, deverá ser uma decisão da organização atendendo aos vários modelos existentes. Designadamente, a iniciativa "Cirurgias Seguras Salvam Vidas", objetiva melhorar os resultados cirúrgicos através do aumento dos padrões de qualidade almejados pelos pacientes em qualquer lugar.

A conceção e a implementação da EGQ de uma organização são influenciadas por diversos fatores, nomeadamente pelo ambiente organizacional (mudanças e riscos associados a esse

ambiente), por necessidades variáveis, interesses particulares, pelos produtos que proporciona, pelos processos que utiliza e pelas suas dimensão e estrutura organizacional.

Consiste num sistema de avaliação dos serviços prestados e dos resultados alcançados face a padrões. É uma forma de "garantia da qualidade" onde diversos atributos da prestação de cuidados (ex. custos, instalações, acessibilidade, tratamento, benefícios, ...) são identificados e analisados comparativamente com padrões, desencadeando processos de correção e melhoria. Pode também definir-se como sistema de revisão da prática clínica, efetuado no sentido de avaliar a qualidade e efetividade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde face a padrões, bem como o conjunto das atividades da função geral de gestão que determinam a política, os objetivos e as responsabilidades, implementando-as através do controlo, garantia e melhoria da qualidade.

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde apresenta como terceira prioridade a segurança, sendo a Gestão do Risco um instrumento para a sua garantia. A complexidade dos tratamentos e das tecnologias, a interdependência das tarefas e as infeções são fatores que tornam a prestação de cuidados uma atividade de elevada complexidade e risco, incerteza e insegurança que favorece a ocorrência de eventos adversos e erros, com possibilidade de indução de danos (Fragata & Martins, 2004).

2. A SEGURANÇA DO DOENTE

O relatório do Instituto de Medicina Americano, alertava para "[a] necessidade das organizações de saúde desenvolverem uma cultura de segurança de modo a que a organização dos processos de cuidados e seus colaboradores se focalizassem na melhoria da fiabilidade e segurança dos cuidados prestados aos seus doentes"(Kohn, Corrigan, & Donaldson, 2000, p. 14).

Ballard refere que, toda a sociedade civil é responsável pela segurança dos seus beneficiários incluindo os próprios utentes, os prestadores de cuidados diretos, as instituições de formação na área da saúde, investigadores, governo, instituições reguladores das profissões de saúde e associações profissionais (2003).

A Resolução do Conselho Europeu, em 2006, reconhece a necessidade de promover a segurança do utente como um princípio fundamental dos sistemas de saúde, devendo ser igualmente aplicada nos cuidados de saúde primários, hospitalares e integrados na comunidade. Admite também a necessidade de promover uma coordenação aberta dos regulamentos a nível nacional e internacional.

A segurança do utente é um princípio fundamental para a qualidade dos cuidados de saúde. Cuidados de saúde inseguros resultam em expressiva morbilidade e mortalidade evitáveis, gastos

adicionais com a manutenção dos sistemas de saúde, representando uma grande preocupação na atualidade.

Apesar de Portugal não ter dados disponíveis, segundo os hospitais americanos seria possível fazer uma estimativa entre 1300 e 2900 mortes anuais causados por erros médicos. Tendo por base os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), o valor mais baixo de mortes por erros médicos aproxima-se do número de mortes por acidentes de viação (1460, no ano de 2002), sete vezes mais do que são causados por acidentes de trabalho (177 no ano 2000) e 30% mais mortes por erros médicos do que provocadas pela SIDA (999 pessoas no ano de 2002).

O acesso a cuidados de saúde seguros é um direito básico de cada cidadão, devendo os mesmos ser considerados uma prioridade, sobrepondo-se à produtividade e eficiência. São muitos os fatores que influenciam a segurança do doente, destacando-se entre eles, os recursos e as construções adequadas bem como da utilização de materiais, equipamentos e medicamentos de qualidade. É fundamental o estabelecimento de normas de orientação clínica, uma clara atribuição de tarefas e responsabilidades, adequados sistemas de informação e uma comunicação eficaz.

Uma cultura de segurança é essencialmente uma cultura onde todos estão conscientes do seu papel e da sua contribuição para a organização. Uma cultura equitativa e aberta, onde os profissionais podem aprender com os erros e corrigi-los.

É recomendado, pela resolução do Conselho Europeu aos Estados-Membros, a promoção do desenvolvimento de sistemas de notificação de incidentes para promover a segurança através da aprendizagem. Esses sistemas deverão ser não punitivos e justos nos seus objetivos; independentes de outros processos reguladores; concebidos de forma a motivar os profissionais para a notificação de incidentes na segurança (notificação voluntária, anónima e confidencial); estabelecer um sistema de notificação para a colheita e análise de eventos adversos a nível local, agregados a nível regional e nacional; envolver os setores público e privado; facilitar o envolvimento dos doentes, familiares e outros cuidadores informais.

Os danos que podem causar aos doentes e os custos neles implicados são de tal relevância, que algumas das principais organizações de saúde, tais como a OMS, a Organização Pan Americana da Saúde e o Comité de Saúde do Conselho Europeu, assim como diversas agências e organismos internacionais, desenvolveram nos últimos anos estratégias que, através de planos, ações e medidas legislativas, permitem um maior controlo sobre os eventos adversos evitáveis na prática clínica, para garantir cuidados de saúde mais seguros.

No desenvolvimento de estratégias de segurança do doente, as atitudes devem ser pró-ativas, preventivas e sistemáticas: para admitir que os incidentes para a segurança do doente acontecem, para identificar e gerir os pontos de risco nos processos, para aprender e minimizar os seus efeitos, para prevenir futuras ocorrências e encorajar, simultaneamente, utentes e profissionais de cuidados de saúde a comunicar estes incidentes.

Os hospitais são responsáveis por significativa e complexa parcela dos cuidados de saúde prestados aos utentes. A inserção de indicadores de segurança nos programas de monitorização da qualidade representa uma importante estratégia para orientar medidas que promovam a segurança do utente hospitalizado.

As instituições com um nível elevado de cultura de segurança são instituições que se caracterizam por ter uma comunicação baseada na segurança, uma percepção comum sobre a importância da segurança e uma confiança na eficácia de medidas preventivas. A segurança do doente, enquanto componente essencial da qualidade, requer um esforço contínuo de melhoria por parte das instituições prestadoras de cuidados de saúde e reconhece a necessidade e a importância de criação de uma cultura de segurança institucional.

Para as organizações de saúde torna-se, assim, essencial estabelecer uma cultura de segurança do utente e introduzir a problemática do risco clínico na gestão.

▪ **A cultura organizacional enquanto fator promotor da segurança do doente**

A cultura de uma organização de saúde incorpora valores, crenças, pressupostos, normas e padrões de comportamento tomados como inerentes à teia de relações instituídas ao longo da sua história enquanto organização, comportando também, elementos da cultura da sociedade em que está inserida. Segundo Vaitsman (2000), um dos elementos definidores dessa identidade reside no fato das atividades dos membros da organização estarem voltadas para os fenómenos de vida e morte e para a produção de serviços com a finalidade de promover o bem-estar físico, mental e social dos seus utentes.

As habilidades aprendidas, os conhecimentos, práticas e valores próprios das profissões que convivem no local de trabalho, envolvem a existência de distintos sistemas de significados e hierarquias de poder que operam em simultâneo, muitas vezes não de forma articulada, estabelecendo-se vários tipos de conflitos. O referido autor, acredita que nas sociedades “[a]s possibilidades de escolha são limitadas: as pessoas fazem as coisas como sempre foram feitas e os comportamentos são legitimados em nome da própria tradição, o que limita a mudança e o surgimento de novos padrões sociais” (Vaitsman, 2000, p. 849).

A introdução de perspetivas fundamentadas na reflexividade não significa o desaparecimento das tradições mas devem ser legitimadas diante dos comportamentos. Tal acaba por produzir conflitos, mas torna emergente o surgimento de novos padrões de comportamento e mudanças do próprio sistema de significados, ou seja, na cultura da organização. Ainda que, pertencer a uma organização de saúde, estabeleça um elemento de identidade, Vaitsman considera que “[u]m dos critérios de diferenciação interna é o fato das pessoas fazerem parte de distintas categorias ou grupos profissionais, bem como de setores ou departamentos voltados para determinado tipo de atividades” (2000, p. 852) o que condiciona a mudança. De acordo com o mesmo autor, “[a] relação entre permanência e mudança é sempre incerta, inesperada e mesmo paradoxal” (Ibidem), influenciando a introdução de propostas reformadoras nas organizações de saúde.

A forma como os indivíduos pertencentes a uma dada organização entendem o erro depende da forma como ele é implicitamente considerado. Shein acredita que a noção de falha e erro está contextualizada na cultura da organização, pelo fato de que, aprender com os erros depende do modo como são encarados pelo grupo e depende dos valores que esse grupo partilha em relação ao erro (Fragata & Martins, 2004, p. 217). Martins acredita ainda que “[s]e os sistemas de detecção e correção dos erros existentes na organização são baseados na punição, desenvolvem uma cultura de culpabilização” (Ibidem). Para que se aprenda com os erros é necessário que deles se tenha conhecimento sendo igualmente fundamental a sua revelação, como procedimento-chave para a sua mensuração e retificação. Weik, citado por Martins, afirma que uma cultura de fiabilidade assenta em várias características: o que é narrado quando as pessoas cometem erros; como é que os indivíduos são incentivados a revelar quando algo não está bem; com que rapidez as pessoas se adaptam a mudanças radicais e qual o grau de aplicabilidade dos processos que reflitam a aprendizagem com os erros, permitindo a reconfiguração de pressupostos, estruturas de pensamento e ações (Fragata & Martins, 2004, p. 218). Todas estas características ajudam a compreender a postura da organização de saúde face ao erro e também a atitude dos seus intervenientes face ao imprevisto.

Os processos organizacionais que concorrem para a fiabilidade resultam, na perspetiva do mesmo autor, numa gestão focalizada num entendimento partilhado coletivamente, possibilitando aos indivíduos dispor de conceções comuns, identificando a variabilidade nas atividades, induzindo uma atuação adaptativa aos acontecimentos. Esta convicção torna mais claro que “[o]rganizações eficientes valorizam o oposto, dividindo e estruturando as atividades, definindo padrões de atividade, estabelecendo regras de funcionamento. Permanecendo contudo a diversidade cognitiva dos indivíduos e a inexistência de um conhecimento partilhado e um entendimento comum” (Fragata & Martins, 2004, p. 220). Assegura ainda que os acontecimentos inesperados exigem um entendimento partilhado na equipa, face a estes novos eventos, possibilitando o encontro de padrões de variabilidade adaptativos no seio do grupo, sendo fonte de aprendizagem coletiva.

Pode dizer-se que a rotina desliga a atividade do seu sentido e esvazia de conteúdo se esta não for pensada e refletida. A imprevisibilidade, aliada ao trabalho do profissional de saúde obriga-o ao ajustamento permanente que segundo o mesmo autor “[g]era o potencial de informação acerca da capacidade e vulnerabilidade organizacional, na resposta às necessidades dos doentes” (Fragata & Martins, 2004, p. 220).

Decorrente da complexa combinação de processos, tecnologia e fatores humanos relacionados com a prestação de cuidados, encontra-se sempre presente o risco de acontecerem erros e eventos adversos. Segundo Fragata, o erro parece ser uma componente indissociável da própria natureza humana serve a “[s]ua própria genialidade e permite pela auto correção, uma permanente reorganização que subjaz a complexidade e faculta o progresso da espécie inteligente” (Fragata & Martins, 2004, p. 21).

Parece assim haver lugar para a ocorrência natural de erros mas, importa fundamentalmente distinguir entre erros indissociáveis da natureza humana e aqueles em que existe violação de regras estabelecidas. Importa ainda notar que "o erro não parece ser um fenómeno descontínuo, mas antes o resultado visível de uma tendência cumulativa de pequenos eventos adversos (...) que lhe são muito provavelmente premonitórios"(Fragata & Martins, 2004, p. 21). Um evento adverso, de acordo com o ICN (2002), pode definir-se como um dano ou lesão causado pela forma como os profissionais de saúde gerem uma condição de doença de um indivíduo e não devido ao processo de doença inerente à mesma. Geralmente estão associados a fatores ambientais, os quais, se identificados atempadamente teriam impedido tais erros.

A identificação precoce do risco é a solução para impedir sequelas diretas nos utentes, e depende unicamente da criação de uma cultura de confiança, de honestidade, de integridade, e de uma comunicação aberta entre utentes e profissionais de saúde. O ICN (2002) apoia fortemente um sistema aberto baseado na aproximação, e numa filosofia de transparência contemplando medidas de relato e discriminação de eventos adversos e erros – não responsabilizando ou envergonhando o prestador individual do cuidado mas incorporando-o no que se refere a fatores do ser humano e do sistema.

O objetivo principal de um sistema de comunicação de incidentes é o aumento da segurança do doente, por aprendizagem com os incidentes e eventos adversos.

O Sistema de Registo e Notificação de Incidentes e Eventos Adversos que está a ser construído, estruturado com base nas recomendações da OMS, irá abranger todos os níveis e áreas de prestação de cuidados e tem como objetivo dotar os cidadãos e os profissionais de uma ferramenta para a notificação, de forma anónima e não punitiva, de incidentes de segurança que possam ocorrer no Sistema de Saúde. A compilação e análise dos dados obtidos permitirá conhecer os problemas da segurança no âmbito da prestação dos cuidados de saúde, identificar os motivos e assegurar que as estratégias de prevenção adequadas são desenvolvidas. Possibilitará ainda uma gestão completa do incidente por parte das Unidades de Saúde, desde a notificação até à tomada de medidas corretivas, integrando instrumentos que permitem o envio de alertas aos envolvidos, a realização de planos de melhoria associados, o acompanhamento e o *feedback* ao notificador e a todos os envolvidos.

Kohn et al. acreditam que a segurança devia ser um objetivo organizacional explícito, demonstrado por um rumo forte e pelo envolvimento dos organismos diretivos, dos responsáveis pela gestão e chefes de equipas clínicas (2000).

Atualmente, os que têm a seu cargo providenciar e fornecer cuidados de saúde, encontram muitos desafios quando nas organizações procuram manter os doentes em segurança. A segurança do doente funda-se no estabelecimento de sistemas e de processos operacionais que minimizem a probabilidade da ocorrência de erros e maximizem a probabilidade de os intercepar antes de provocarem um acidente.

A segurança do utente cirúrgico tem sido uma preocupação crescente nos últimos anos. Nesse seguimento, foram criados Protocolos Universais, Alianças Mundiais, programas direcionados para a segurança do doente cirúrgico, nomeadamente o programa “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”.

- **Cirurgia Segura: uma exigência do século XXI**

O Século XXI é considerado o século do conhecimento. A humanidade conheceu um enorme desenvolvimento, contudo, uma parcela considerável da população não usufrui dos benefícios obtidos com esse progresso. A Cirurgia é um excelente exemplo deste contexto.

A frequência de erros e eventos adversos é considerada um dos indicadores de qualidade da assistência, sendo um dos pontos avaliados em alguns processos de acreditação. Para garantir a qualidade da assistência ao utente do foro cirúrgico, a Joint Commission Board of Commissioners (JCAHO) propôs em Julho de 2003, o Protocolo Universal para prevenção do lado errado, procedimento errado e paciente errado, sendo também recomendado pelo Colégio Americano de Cirurgiões. Com a mesma finalidade, em 2004 foi criada pela OMS, a World Alliance for Patient Safety.

De 2006 a 2009, a OMS estabeleceu como meta prioritária para a segurança, a melhoria da segurança e a prevenção do erro humano e do efeito adverso. Nesse seguimento, em 2007 iniciou um programa direcionado para os procedimentos cirúrgicos, denominado de “Safe Surgery Saves Lives”. Este programa, à semelhança do proposto pela JCAHO, recomenda a utilização de uma lista de verificação que inclui algumas tarefas e procedimentos básicos de segurança para ser aplicada em todos os procedimentos cirúrgicos e em qualquer hospital do mundo, independente do seu grau de complexidade. A lista de verificação abrange apenas a cirurgia a que o utente vai ser submetido e é composta por três fases: antes da indução da anestesia, antes da incisão da pele e antes de o utente sair da sala de operações.

No ano de 2008, dados da OMS revelam que foram realizadas 234 milhões de cirurgias no mundo. Morreram dois milhões de utentes nesses procedimentos e cerca de sete milhões apresentaram complicações, sendo que 50% das mesmas foram consideradas evitáveis. Existe ainda referência que, a cada 300 utentes admitidos nos hospitais morre um. Mais de 50% destes utentes são cirúrgicos e preveníveis. Esses são valores inaceitáveis no Século XXI e comprometem toda a civilização.

Segundo Edmundo Ferraz(2009), consultor do referido programa no Brasil, o erro humano cometido por profissionais de saúde é extremamente elevado. Estima-se em 150.000 óbitos por ano nos Estados Unidos da América e 80.000 por ano na Grã-Bretanha, sendo a terceira causa de mortalidade após o cancro e as doenças cardíacas. O efeito adverso ocorre em cerca de 10% das intervenções cirúrgicas, ou seja, 23,4 milhões de caso por ano.

Existe uma linha muito ténue entre o efeito adverso e o erro. Baixos salários, condições inadequadas de trabalho, falta de manutenção de equipamentos podem levar a ambos. Do mesmo

modo, um profissional sobrecarregado de trabalho e a ausência de protocolos de segurança, quadro comum na maioria dos hospitais públicos, aumentam certamente essa probabilidade, particularmente onde essa cultura não é incrementada.

A existência de protocolos adequados, com registo de não conformidades, efeitos adversos e registo de erros para que os possamos conhecer e sobretudo evitá-los, facilita a comunicação entre os membros da equipe cirúrgica, sendo certamente efetiva na prevenção, pelo que constitui uma tarefa inadiável.

Foram estudados 7.688 utentes divididos em dois grupos: antes da aplicação da lista de verificação (3.733 pacientes) e após a aplicação da mesma. As operações foram realizadas nas cidades de Boston, Seattle (USA), Toronto, Londres, Nova Delhi, Auckland, Aman, Manilha e Ijakara (Tanzânia). No dia 14/01/2009 a conceituada Revista "New England Journal of Medicine" colocou na Internet os primeiros resultados, sendo avaliados apenas os parâmetros de grandes complicações e mortalidade. As grandes complicações foram reduzidas de 11 para 7%, significando uma queda significativa de 36% e a mortalidade caiu de 1 para 0,8% significando uma queda de 47%. No dia 15 de Janeiro a notícia expandiu-se e foi imediatamente publicada e anunciada em praticamente todos os grandes jornais e redes de televisão no mundo inteiro, demonstrando claramente o enorme interesse despertado e uma nova exigência de segurança nos procedimentos cirúrgicos a ser cobrada no século XXI.

Apesar disso, foram poucas as instituições que adotaram o referido programa, sendo necessária a divulgação e avaliação da sua efetividade.

Por outro lado, se não sairmos da nossa zona de conforto, jamais conseguiremos fazer coisas diferentes. Torna-se necessário mudar, gerar e aproveitar novas oportunidades. Um processo contínuo e consumidor de recursos. Representa um esforço complexo destinado a mudar organizações para melhor se adaptarem às novas conjunturas, tecnologias e necessidades.

Mais que uma filosofia, a mudança é inevitável e essencial para o desenvolvimento e crescimento de qualquer organização. A pressão para a mudança organizacional dá-se a vários níveis do meio envolvente (político, social, económico tecnológico) ou resulta de processos da luta pelo controlo de recursos e da atividade da organização.

As mudanças fazem parte da dinâmica organizacional e visam a melhoria aos mais diversos níveis. Segundo Caetano (2001), o processo de mudança pode ser analisado conforme o nível ao qual ocorre, resultando daí efeitos muito diversos.

3. MUDANÇA ORGANIZACIONAL: GERIR E FORMAR RUMO À QUALIDADE DOS SERVIÇOS

As crescentes alterações de mercados, a globalização e as novas tecnologias têm vindo a levar a mudanças no interior das organizações e a mudança organizacional parece ser a única via de adaptação organizacional.

Qualquer organização pública, privada, social que procura atingir objetivos na ordem da qualidade, melhor atendimento ao cliente, desenvolvimento de novos serviços ou redução dos custos, certamente passará por um conjunto de mudanças na organização do trabalho. Mudanças que exigem uma intervenção global, interativa e simultânea ao nível da cultura e dos sistemas de valores da própria organização.

A mudança organizacional relaciona-se com a inovação e com a criatividade, quer seja ao nível de procedimentos, quer seja a nível de gestão estratégica. O processo criativo é a forma de criar um produto novo, um serviço, uma ideia, procedimento ou processo para os indivíduos trabalharem juntos, num sistema social (Woodman & Sawyer, 1993). O conceito de mudança organizacional pode-se definir como qualquer alteração, sendo planeada ou não, que ocorre na organização, decorrente de fatores internos e ou externos à organização que conduz a algum impacto os resultados e ou nas relações entre as pessoas no trabalho (Bruno-Faria & M.F.F., 2000).

As políticas instituídas por cada organização conduzem a um processo de mudança: mudança nos procedimentos e na organização do trabalho; mudança nas estruturas, na relação com o cliente e com o mercado, mudança nas atitudes e nos valores dos colaboradores da organização. Isto implica um rompimento com hábitos e costumes instalados, ligados à realidade organizacional, normalmente aceites na forma de significados compartilhados, originando uma evolução organizacional para patamares mais elevados de qualidade.

Na conjugação da natureza ou forma da mudança e o modo como ela é desencadeada, Caetano (2001) identifica quatro outros tipos de mudança organizacional: incremental, transformacional, evolucionária e revolucionária. Por norma, quando se fala de mudança organizacional refere-se à mudança incremental ou gradual, fruto de uma análise racional e de um processo de planeamento. Uma vez que é limitada na sua finalidade é, normalmente, reversível.

Mas para haver mudança organizacional é necessário que exista pressão exógena e endógena, reconhecimento da necessidade de mudar por parte dos gestores e empenhamento dos membros da organização, definição do conteúdo e plano do que se vai mudar, escolha de um processo de implementação da mudança e avaliação com possibilidade de voltar ao início do modelo.

É importante considerar que existem muitas forças que agem no sentido de manter uma organização num estado de equilíbrio. A perda do estado estável significa que a sociedade e todas as suas instituições estão em contínuo processo de transformação. Tendo por base a teoria da análise do campo de força desenvolvida por Kurt Lewin, numa dinâmica envolvida num processo

de mudança, qualquer comportamento resulta de um equilíbrio de forças impulsionadoras e restritivas. Tal modelo revela que as forças podem ser de muitos tipos e o comportamento ou desempenho pode ser de uma pessoa, um grupo, ou de toda a organização.

O equilíbrio resultante das mudanças é sempre temporário e ténue, em consequência da constante mudança que ocorre no meio envolvente à organização. Por este motivo, um projeto de análise de necessidades deve considerar este aspeto dinâmico e não ser estático na sua forma.

A referida mudança organizacional incremental caracteriza-se por uma mudança planeada e de primeira ordem. As fases da mudança planeada estão estreitamente articuladas perdendo eficácia se forem realizadas separadamente. Caetano diz que “[s]e ao diagnóstico não se seguir uma intervenção planeada, as potencialidades daquele ficam extremamente reduzidas”(2001, p. 545).

Com o diagnóstico realizado e a equipa estruturada e consciente da sua missão, dá-se início ao processo de planeamento estratégico da organização determinando a visão necessária ao processo para criar o estado desejável. Ao comparar este último com o real, determinado pelo diagnóstico, gera-se uma tensão estrutural responsável pelo impulso do movimento da resolução no processo de mudança. Frequentemente a análise do ideal quando comparado com a realidade pode ser dececionante. Existem períodos de progresso perante os quais se adotam novas perspetivas de trabalho, novas tarefas que acarretam mudanças nos procedimentos. Por este fato, gestão deve ser o equilíbrio entre as regras dos gestores de topo e a valorização do papel dos colaboradores. Ao equilibrarem estas duas forças a implementação das mudanças será mais fácil havendo comprometimento de ambas as partes. Os líderes são um elemento importante no processo de mudança. Nadler e Tushman, citados por Caetano(2001), referem-se ao tipo de líderes conforme a mudança seja incremental ou radical. Quando estamos perante uma mudança incremental, a liderança poderá ser levada a cabo por alguém que faça parte da organização. Quando a mudança é radical, por norma, o líder assume um papel mais importante, implicando novas competências instrumentais no âmbito da gestão de equipas, papéis e sistemas, poderá ser levada a cabo por alguém exterior à empresa. Os líderes em mudanças radicais terão de ser visionários, motivadores e apoiantes.

A necessidade de se terem líderes que envolvam os colaboradores prende-se com a tentativa de diminuir a resistência à mudança. No entanto, a resistência não deve ser vista como um obstáculo, mas como um elemento de transição cognitiva durante a mudança.

A dificuldade da gestão da mudança decorre do fato de envolver tantas sensibilidades e interesses quanto os que nela estão envolvidos, razão pela qual tende a ser tudo menos fácil despertar uma organização para uma mudança largamente partilhada. Quando essa partilha não acontece, tende a eclodir a resistência à mudança que reside num ato natural diretamente relacionado com a perceção do indivíduo acerca da mudança pretendida.

Toda a mudança é geradora de incerteza e instabilidade. A perceção da mudança pelo indivíduo surge em função da informação sobre as razões invocadas para a mudança, a credibilidade sobre

a informação e sua fonte, fatores que vão influenciar o modo como é processada a informação. Dependendo da interpretação destes dados, o indivíduo predispõem-se a colaborar ou a resistir à mudança.

Kanter et al, cit. por Caetano (2001) refere como fatores de resistência à mudança a perda de controlo, demasiada incerteza ou falta de informação, surpresa, custos da confusão (resultantes de uma interrupção no processo produtivo), perda da face (perda de identidade devido a atividades que deixaram de fazer sentido), preocupações com a competência (relacionada com realização de novas atividades), maior quantidade de trabalho, efeitos ondulados (advêm de alterações não previstas ao processo de mudança), ressentimentos passados (resultantes de experiências anteriores), por fim, ameaças reais (em relação às condições de trabalho e estabilidade no emprego, provocadas pelo processo de mudança).

Vários autores identificam ainda fatores que aumentam a resistência à mudança. Huse (Ibidem) identificou os seguintes fatores: percepção de mudança como ameaçadora (para os vários aspetos da vida do indivíduo); mudanças sugeridas de fora (podem ser entendidas pelas chefias como intimidadoras do seu prestígio ou autoridade e entendidas como uma crítica ao seu trabalho); resistência natural à mudança (quando esta tem origem exterior ao grupo ou à pessoa, originando a resistência grupal) e magnitude da mudança (quanto maior a mudança, maior será a resistência à mesma).

Caetano refere que "[o]s gestores têm tanto maior necessidade de apresentarem justificações sociais para a mudança, quanto mais negativas para os empregados forem as consequências previstas dessas mudanças"(2001, p. 533).

A utilização de justificações sociais, segundo Rousseau e Tijoriwala (cit. por Caetano, 2001, p. 533) têm como objetivos: a alteração da percepção dos indivíduos e grupos desviando a atenção para possíveis benefícios provenientes do processo da mudança – Redefinição das consequências; desvalorização dos motivos reais da implementação da mudança dando como alternativa, apresentação de consensos de nível superior ao do indivíduo ou grupos – Desonerar os motivos; influenciar a percepção da responsabilidade pelas condições desfavoráveis argumentando com a imprevisibilidade e inevitabilidade da situação – Mitigar a responsabilidade.

Contudo, existem também várias estratégias utilizadas no sentido de diminuir a resistência à mudança facilitando a adesão. Uma dessas estratégias passa por envolver as pessoas de forma ativa no seu planeamento, execução e avaliação. De acordo com Lawler (cit. por Caetano, 2001, p.541) podem ser identificados três processos associados à participação dos indivíduos na mudança organizacional: processos motivacionais, processos inerentes à própria natureza da mudança e processos de comunicação.

Através dos processos motivacionais, as pessoas têm a oportunidade de decidir o que é desejável. Ao serem integradas no processo podem estruturar a mudança de acordo com os seus

interesses e associar possíveis recompensas intrínsecas ao êxito das mudanças a implementar, favorecendo a sua auto-estima, o que vai de encontro à filosofia da mudança instituinte.

Processos inerentes à própria natureza da mudança a realizar podem ser afetados pela participação das pessoas, uma vez que essa participação geralmente implica adaptações ao projeto inicial. Através da sua participação as pessoas procuram estruturar a mudança conforme os seus interesses tentando obter máximo benefício para a sua vida na organização.

Os processos de comunicação melhoram a informação sobre o processo de mudança, permitindo uma melhor compreensão e negociação dos objetivos e das consequências da mudança a nível dos indivíduos, grupos e organização. A comunicação promove a redução da resistência à mudança na medida em que esta seja compreendida como favorável por parte dos colaboradores. Uma simples informação das mudanças a serem realizadas pode ser interpretada de forma negativa caso essa comunicação não seja baseada num quadro de participação, direta ou indireta, de todos os colaboradores afetados. Este fato faz com que o processo de mudança não seja socialmente validado ou legitimado pelos atores organizacionais, o que é extremamente relevante sobretudo na fase de recongelamento ou consolidação das mudanças implementadas.

É essencial, entretanto, reconhecer que a mudança é inevitável é algo de complexo, implicando um grande empenho de todos os intervenientes. Segundo Botelho, "[a] capacidade da pessoa se formar ao longo da sua existência pode ser a base da sua sobrevivência"(1998, p. 262). Da mesma forma, também cada instituição ver-se-á forçada a privilegiar a gestão de saberes e competências para poder sobreviver a um mundo cada vez mais exigente e concorrente, passando inevitavelmente pela formação. O mesmo autor refere ainda que "o papel que a formação desempenha na gestão empresarial é de tal ordem que uma e outra se confundem, constituindo-se a primeira como uma das componentes fundamentais da gestão dos recursos humanos" (Ibidem).

Honoré corrobora dessa opinião e referencia que a conceção das práticas de formação está intimamente dependente da de gestão. Enquanto a gestão "...[t]rata principalmente de coordenar um conjunto de competências técnicas, a formação coloca a tónica sobre as aprendizagens e a definição das funções e dos papéis" (Honoré, 2004, p. 244).

As novas exigências e os problemas originados pela mudança são combatidos pelos processos de formação encarados como uma reflexão metódica sobre a ação dentro de um contexto de trabalho. Não se pode desintegrar o indivíduo do seu contexto de trabalho, do seu ambiente social e de todos os fatores que interagem no seu processo formativo.

Nóvoa e Finger (1988, p. 129), referem que "[a] formação é sempre um processo de mudança institucional, devendo por isso estar intimamente articulada com as instituições onde os formadores exercem a sua atividade profissional". Segundo Lesne (1984), a importância dos papéis socioculturais e socioprofissionais faz com que o indivíduo seja o produto dos seus atos e que se produza pelos seus grupos sociais. O processo de socialização não é um processo sem

atores. Cada um é portador de normas, valores e formas de pensar, agir e sentir. Cada indivíduo é um agente social podendo exercer influência sobre orientação da formação social a que pertence. Conforme o mesmo autor, a teoria sociológica admite que "[e]m toda e qualquer coletividade, cada elemento é, ao mesmo tempo, objeto de um condicionamento exercido pelos outros, agente do condicionamento que se exerce sobre os outros e sujeito do condicionamento que impõe a si próprio"(1984, p. 55).

Por sua vez, Honoré defende ainda que "[a] corrente de formação a promover não se deve limitar às práticas mais usuais do domínio da formação profissional, práticas de ensino e de aprendizagem, mas dar lugar de destaque às práticas de desenvolvimento das capacidades formativas das pessoas, dos grupos e das instituições" (Honoré, 2002, p. 223).

Numa trajetória de formação é sempre possível encontrar tempos e espaços, particularmente "densos" do ponto de vista formativo, que produzem transformações das representações da realidade, induzem a produção de projetos pessoais ou de grupo e são responsáveis pela produção do saber, nos diversos modos, útil no exercício do trabalho.

Associada à rebelião de transformações e mudanças da sociedade, surge a formação de caráter permanente que, na opinião de vários autores, é de suma importância e indispensável ao homem. Mais do que uma simples motivação, é uma exigência imprescindível para que se verifique a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados.

As modalidades formativas contínuas e em serviço, constituintes de uma formação permanente, estabelecem sólidos alicerces. Considerando a formação permanente "[s]istemática e integrada no dia-a-dia de trabalho" (Carneiro, cit. por Gomes 1999, p.179), a formação contínua assume uma vertente mais teórica pois baseia-se na transmissão de conhecimentos e experiências pressupondo o alargar e adquirir novos conhecimentos. No entanto, como também compreende a transmissão de um dado conjunto de experiências, Carneiro (cit. por Gomes, 1999) defende, que ela se realiza concomitantemente com a prática profissional, visando aprofundar o grau de desenvolvimento pessoal e profissional. A formação contínua do indivíduo ao longo da sua carreira profissional constitui um instrumento importante para o seu desenvolvimento futuro. No entanto, tal formação pode não ser suficiente para a concretização de padrões de qualidade progressivamente mais elevados.

A formação em serviço enquanto formação que se realiza em contexto laboral deve ressaltar "[d]os momentos de reflexão, das paragens para pensar, dos debates em torno dos problemas que surgem no dia-a-dia" (Botelho, 1998, p. 263). De acordo com o artigo 64º (secção I, ponto 6) do decreto de lei nº437/91 de 8 de Novembro, a formação em serviço visa colmatar a necessidade de formação no contexto de trabalho e concretiza-se em cada unidade prestadora de cuidados. Para Collière(1989), a unidade de cuidados é o local privilegiado para se conjugarem a reflexão e a ação, para se mobilizarem e repensarem os conhecimentos. Este tipo de modalidade está relacionado com um projeto de intervenção devidamente delineado e pretende, entre outros, a profunda reflexão de cada elemento sobre as potenciais necessidades conscientes/inconscientes

do mesmo e do grupo tendo em conta o contexto de trabalho onde se integram, pretendendo assim uma mudança estável num constante dinamismo.

Hesbeen afirma que “[o] ser humano que escolhe cuidar no mundo é necessariamente chamado a um trabalho pessoal, de presença consigo, com o outro, com os outros e com o mundo, sem que estas quatro formas de presença possam estar dissociadas, separadas ou hierarquizadas”. Na verdade todas elas estão ligadas e procedem de uma mesma atenção, “na preocupação do humano com a humanidade- trabalho de Humanidade” e, em seguida, “de definir as suas próprias prioridades em função das suas próprias possibilidades” (Hesbeen, 2006, p. 30).

É necessário que a formação possa assumir uma função estratégica, assumindo-se como um processo sistemático, capaz de estruturar a sequencialidade e a regularidade das ações formativas, afastando-se, assim, da improvisação e do acaso.

A formação na mudança, promotora de novas atitudes, produtora de inovação nas práticas, pode responder aos desafios atuais. Deve ser uma mudança instituinte iniciada e desenvolvida nos locais de trabalho, vinculada com as políticas de descentralização, baseando-se em propostas de desenvolvimento e partindo das características e necessidades detetadas em contexto de trabalho. Esta permite uma participação ativa dos intervenientes no processo de mudança, valorizando os seus saberes e concedendo-lhes poderes na produção da mudança.

A formação procura produzir efeitos sociais, institucionais e processos de mudança na equipa e na instituição. De facto, “[t]udo o que pode ser ensinado a uma pessoa é relativamente pouco utilizado e não tem se não pouca influencia sobre o seu comportamento...os únicos conhecimentos que podem influenciar o comportamento de um individuo são aqueles que ele descobre por si mesmo e se apropria”(Rogers, 1961, p. 249).

A formação de adultos deve ter como pressuposto que estes só apreendem e só se desenvolvem se encontrarem um sentido para aquilo que estão a fazer. O adulto necessita de compreender totalmente o significado do seu processo formativo, mostrando-se assim motivado e capaz de inovações que visem a mudança. Este processo de aprendizagem do adulto é promotor do desenvolvimento de uma reflexão sobre as práticas e, em consequência, estimulador da sua participação ativa. Neste papel, o indivíduo é determinado e determinante, uma vez que age em e sobre as condições estruturais do processo.

Marcel Lesne, em 1984, propõe o Modelo de Trabalho Pedagógico (MTP) concetualização de modalidades de formação constitui um dos recursos teóricos mais interessantes na apreensão globalizante dos fenómenos decorrentes das práticas pedagógicas na formação de adultos. Este autor, tendo por base o que já foi referenciado anteriormente, construiu três MTP que se inscrevem no seu modelo de formação de adultos, os quais se denominam: MTP1, de tipo transmissivo, de orientação normativa; MTP2, de tipo incitativo, de orientação pessoal e MTP3, de tipo apropriativo, centrado na inserção social, incide sobre problemáticas emergentes dos

contextos da vida real, num exercício democrático entre formadores e formandos, valorizando a especificidade do adulto.

Refletindo sobre estes métodos é visível a oposição entre duas lógicas, a tradicional e a da pedagogia nova, ou seja, o contraste entre o passado e o futuro, a rotina e a inovação, o conformismo e a autonomia, o passivo e o ativo. Qualquer processo de formação engloba os três MTP, já que estes se articulam e complementam, embora em certos momentos algum deles possa predominar.

▪ **Resumindo**

A qualidade e a segurança devem ser analisadas de acordo com uma abordagem sistémica e considerando as diferentes vertentes que lhe estão associadas, para que seja possível concertar ações com vista a melhores resultados para o cidadão (OPSS, 2009).

A complexidade dos tratamentos e das tecnologias, a interdependência das tarefas e as infeções são fatores que tornam a prestação de cuidados uma atividade de elevada complexidade e risco, incerteza e insegurança que favorece a ocorrência de eventos adversos e erros, com possibilidade de indução de danos (Fragata & Martins, 2004). Embora o erro seja inerente a todos os campos da atividade humana, é no entanto possível aprender com eles e prevenir a sua repetição. A resposta a um problema não deve excluir a responsabilidade individual, mas deve centrar-se na melhoria do desempenho organizacional.

Com o projeto “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”, pretende-se melhorar a segurança cirúrgica e a qualidade dos cuidados, através da adesão dos blocos operatórios à aplicação da LVSC e do Índice de Apgar Cirúrgico.

CAPITULO II: MATERIALIZAÇÃO DOS CONSTRUTOS

A abordagem de uma mudança planeada realiza-se, nos termos do ciclo da qualidade (PDCA), através do diagnóstico da situação, da ação para resolver os problemas detetados, da avaliação dos efeitos dessa intervenção e da possibilidade da implementação de medidas corretivas.

Nesse seguimento pretendo apresentar, de forma sistemática, a Instituição de Saúde fazendo a caracterização em contexto de estudo bem como expor a sua política de qualidade. Seguidamente farei referência aos vários procedimentos adotados durante as várias fases do trabalho de projeto.

1. ANÁLISE DA SITUAÇÃO

Todos os projetos “[c]ontribuem significativamente para a inovação das nossas práticas e identidade profissional”(Fernandes, 1998/1999, p. 236). A sua pertinência resulta da consonância entre o diagnóstico e as necessidades identificadas.

A fase do diagnóstico de situação corresponde ao conhecimento, caracterização e análise de uma realidade, constituindo um pré-requisito ao prosseguimento das etapas seguintes. “É nesta etapa que se identificam os problemas, suas causas e evolução e determinam-se as necessidades” (Fernandes, 1998/1999, p. 235), através da recolha de informação sistematizada e orientada com base num modelo teórico sobre a eficácia das organizações.

Um dos modelos utilizados é o modelo de congruência das organizações proposto por Nadler e Tushman. De acordo com estes autores devem-se ter em conta quatro componentes básicos numa organização: o trabalho, o pessoal, os dispositivos organizacionais formais, e a organização informal. Importa, não só reconhecer as características destes quatro elementos como também executar a análise das suas interações e efeitos sobre a eficácia da organização. Os referidos autores, citados por Caetano, consideram ainda que “... [u]ma organização é mais eficiente quando a sua estratégia é coerente com o seu ambiente (à luz dos recursos e história organizacional) e quando os componentes organizacionais são congruentes com a tarefa necessária à implementação dessa estratégia...”(2001, p. 543).

A existência de congruência pressupõe que as necessidades, as exigências e os objetivos de cada um dos componentes sejam coerentes e adequados às de outros componentes. A explicitação das congruências e incongruências organizacionais permite definir as áreas prioritárias que serão objeto de intervenção e mudança.

O termo Análise de Necessidades nasce da “[p]reocupação com a racionalização dos sistemas educativos, o desejo de conseguir planos mais estruturados e eficazes do processo educativo, a fuga à ambiguidade, o desejo de responder adequadamente às exigências sociais”(Rodrigues & Esteves, 1993, p. 11). No sentido de descobrir as necessidades existentes, surgem vários modelos e técnicas de análise. Uma vez que não existem modelos certos e modelos errados, a escolha a tomar deve ter em conta a natureza do estudo, o contexto, os indivíduos e todos os recursos existentes e disponíveis. Uma vez identificada a necessidade, pretende-se agora defini-la e dar-lhe um sentido.

O ciclo completo da análise de necessidades prevê, segundo refere Barbier cit. por Rodrigues, “múltiplas atividades e tarefas para as quais o investigador dispõe de uma pluralidade de técnicas e instrumentos” (Rodrigues, 1993, p. 33).

Na realização de qualquer projeto é fundamental obter um conhecimento integral do contexto que se pretende trabalhar, tendo sido esse o meu ponto de partida. O fato de trabalhar na ISE tornar-se-á um fator facilitador na operacionalização do projeto.

Numa fase inicial, será importante fazer uma caracterização do contexto do estudo a nível dos dois blocos operatórios existentes na instituição, bem como referir qual a política da qualidade da referida instituição.

1.1 Caracterização do contexto do estudo

A ISE situa-se na zona Norte do país, é constituída por dois hospitais, existentes até então, juntamente com todos os Centros de Saúde do distrito. A sua área de influência abrange um distrito, com dez concelhos, algumas franjas limítrofes de outros concelhos, onde os utentes, por uma questão de tradição, proximidade ou diferenciação, optam pela ISE. Segundo os resultados de 2011 do INE, a população abrangida foi estimada em 244947 habitantes, dos quais 112249 homens e 102365 mulheres.

A instituição dispõe de todas as valências básicas e intermédias, não apresentando ao nível das diferenciadas apenas a Infeciologia e ao nível das altamente diferenciadas tem como capacidade de oferta a Endocrinologia, a Cirurgia Plástica e Reconstructiva e a Reumatologia.

Relativamente à área cirúrgica, possui dois blocos operatórios: um central (BOC) e um de ambulatório (BA).

Segundo dados fornecidos pelo Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão da referida instituição, no ano de 2010, foram intervencionados no bloco central 6 823 utentes revertendo em 10 850 cirurgias abarcando as cirurgias programadas, adicionais e por motivos de urgência. Em regime de ambulatório foram realizadas 4795 cirurgias num total de 4254 utentes.

▪ Bloco operatório em regime de ambulatório

O programa do XVII Governo Constitucional realça a importância de incentivar o desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório (CA), importante instrumento para o aumento da efetividade, da qualidade dos cuidados e da eficiência na organização hospitalar.

A CA é nos países desenvolvidos a área de maior expansão cirúrgica nos últimos trinta anos. O conceito surgiu no início dos anos sessenta nos EUA, e consiste numa intervenção cirúrgica programada, praticada sob anestesia geral, loco-regional ou local que pode ser realizada em instalações próprias, com segurança e em regime de admissão e alta do doente no mesmo dia.

A centralização dos cuidados no utente e as alterações que tal implica a nível da organização possui múltiplas vantagens. Segundo a Comissão Nacional para o Desenvolvimento da CA

(CNADCA) “[o] impacto social e económico do modelo organizativo possibilita um incremento da qualidade, a redução da lista de espera cirúrgica e ainda uma racionalização da despesa em saúde. Deste modo, a CA é das poucas abordagens em saúde, em que todos os elementos retiram benefícios: o utente (qualidade, acessibilidade, humanização), o profissional (satisfação) e o estado (custos menor) possuindo por isso um potencial que deve ser rentabilizado”(2008, p. 10).

No entanto, apesar das vantagens, a CA em Portugal mantém-se em valores reduzidos quando comparada com outros países Europeus e da América do Norte. Contudo, o relatório final de 2008 da referida Comissão concluiu que a prática de CA em Portugal teve uma evolução positiva, apesar de faltarem alguns instrumentos políticos promotores da sua prática. Desde a sua constituição, 19 de Outubro de 2007, a CNADCA tem como meta principal o aumento da taxa de cirurgias em regime de ambatório, mas desde que tal se acompanhasse de um rigoroso processo de implementação de uma EGQ e da avaliação de indicadores clínicos adequados.

Para certificar a segurança das cirurgias foram definidos critérios sociais e clínicos que os utentes devem possuir para poderem ser submetidos a cirurgias deste tipo, tais como: aceitação de ser operado nas condições oferecidas; transporte assegurado em veículo automóvel; área de residência ou local de pernoita a menos de sessenta minutos de distância do hospital; condições de adequada habitabilidade do local de pernoita; acesso a comunicações (telefone); assegurada a companhia de um adulto responsável pelo menos nas primeiras vinte e quatro horas; idealmente ASA I ou ASA II (American Society of Anesthesiologists); estabilidade clínica e psíquica; intervenção que se prevê de curta duração e desconforto pós-operatório suscetível de controlo com medicação por via oral. Do mesmo modo, todos os utentes que são submetidos a uma cirurgia em ambatório tem previamente uma consulta de anestesia e uma consulta de enfermagem.

O BA da ISE é uma unidade de assistência diurna e autónoma, funcionando de segunda a sexta-feira das oito às vinte horas. Apresenta uma equipa multidisciplinar composta por doze enfermeiros, dois anestesistas, três administrativas e cinco assistentes operacionais e uma equipa médica constituída por vários elementos das diferentes especialidades: cirurgia geral, ortopedia, cirurgia plástica, oftalmologia, urologia, ginecologia e otorrinolaringologia.

Apresenta um modelo organizativo centrado no utente, que envolve um circuito independente do internamento, procurando ganhos em eficiência e qualidade, obtendo níveis de maior satisfação e humanização de utentes e familiares. Para que se obtenham resultados práticos do descrito foi necessário a adoção de determinados princípios designados pela CNADCA por critérios básicos na organização do programa. Um destes critérios é o circuito de utentes bem estabelecido com uma sequência que passa pela admissão, sala de preparação, sala operatória e unidade de cuidados pós anestésicos, sala de recuperação cirúrgica até ao momento da alta hospitalar. Tem estabelecido protocolos clínicos relativamente a seleção de doentes a admitir no programa de CA, avaliação pré operatória (consulta de anestesia e de enfermagem) assim como critérios de alta.

Foi criada informação clínica escrita com instruções do pré-operatório e do pós-operatório, a ser disponibilizada aos utentes e familiares. Designadamente no pré-operatório sobre o procedimento, eventuais riscos, descrição do dia da cirurgia, tempo de jejum e outros comportamentos a aconselhar. No que se refere ao período pós cirúrgico informa sobre medicação prescrita e crónica, quando e como reiniciar atividade física, complicações mais prováveis e como proceder perante elas e quais os contactos a acionar em caso de necessidade.

Os registos específicos do programa de CA são efetuados em sistema informático e em papel. Procedem a uma análise continuada de indicadores clínicos, nomeadamente a taxa de cancelamento de cirurgias e a taxa de admissão. Foi gerado, como procedimento de apoio, um contacto telefónico ao utente ao fim de 24 horas de pós-operatório de forma a auscultar o seu estado clínico, esclarecer eventuais duvidas e fornecer orientações caso haja necessidade. Iniciou-se em 2010 a aplicação de um inquérito anónimo, junto do utente e familiares, para avaliar o grau de satisfação.

▪ Bloco operatório central

O Bloco Operatório Central (BOC) é uma unidade orgânico-funcional, constituída por um conjunto integrado de meios humanos, físicos e técnicos, destinados à prestação de tratamento cirúrgico ou realização de exames que requeiram elevado nível de assepsia e em geral anestesia, normalmente em regime de internamento, devendo assegurar, para além das boas condições de acolhimento, segurança e operacionalidade, a qualidade técnica e a celeridade dos cuidados prestados. Em termos de acessibilidade considera-se um serviço de acesso restrito composto por três áreas distintas: área livre (zona externa do transere e vestiários); área semi-restrita (corredores de acesso, unidade de recobro e salas de stocks) e área restrita (sala de indução anestésica, lavabos e salas operatórias). Possui cinco salas operatórias, cuja distribuição de tempos cirúrgicos pelas respetivas especialidades está resumido no quadro seguinte.

Quadro 1 - Plano semanal de distribuição das salas do BOC por especialidades

Mês			Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
Bloco Central	Sala 1	M	SERVIÇO DE URGÊNCIA						
		T							
	Sala 2	M	Ortopedia	Ortopedia	(*)	Ortopedia	Ortopedia		
		T	2ª Sala Urgência	2ª Sala Urgência	2ª Sala Urgência	2ª Sala Urgência	2ª Sala Urgência		
	Sala 3	M	Ortopedia	Cirurgia	Cirurgia	Ortopedia	Ortopedia		
		T		Adicional		Adicional	Adicional		
	Sala 4	M	Cirurgia	Cirurgia	Ginecologia	Cirurgia	CP		
		T	Urologia	Cirurgia	Urologia	Cirurgia	Adicional		
	Sala 5	M	Ginecologia	ORL	ORL	Ginecologia	Adicional		
		T	Cirurgia	ORL	ORL	Cirurgia	Adicional		

Legenda: (*) – Rotatividade por Estomatologia, Ginecologia e Produção Adicional

O número de horas destinadas à produção base, por especialidade, pode ser consultado no quadro seguinte.

Quadro 2 - Distribuição da atribuição do número de horas semanais de bloco por especialidade

Especialidade	Horas semanais
Cirurgia	54
Ortopedia	42
Ginecologia	18
ORL	24
Urologia	12
Rotatividade	6
TOTAL	156

Possui uma equipa multidisciplinar constituída por médicos de diferentes especialidades, anesthesiologistas, enfermeiros, assistentes operacionais e um administrativo. Relativamente a equipa de enfermagem é composta por quarenta e seis elementos, dos quais um é Enfermeiro Chefe e outro é Especialista. Os enfermeiros estão subdivididos em dois grandes grupos: os de Anestesia e os Circulantes/Instrumentistas. São distribuídos por turno e por especialidade, de acordo com a sua competência, interesses pessoais e necessidades do serviço. Em cada sala operatória deve existir um enfermeiro de anestesia, um enfermeiro circulante e um enfermeiro instrumentista. O serviço dá ainda apoio aos exames realizados na Gastroenterologia e à Ressonância Magnética, disponibilizando um enfermeiro de anestesia.

1.2 Política da qualidade da ISE

A missão da ISE consiste em prestar serviços de excelência à comunidade, valorizando os cuidados de saúde e os seus colaboradores, bem como sedimentar e fazer reconhecer junto dos seus clientes o rigor de execução e os níveis científicos, alicerçados nos valores de honestidade, humildade, ciência e disponibilidade. Tem como visão: ser reconhecido como entidade de referência, em cuidados de saúde. São objetivos desta instituição: consolidar a missão e a visão, promovendo a extensão do âmbito e a melhoria contínua do Sistema de Gestão de Qualidade; acrescentar valor ao cliente através da comunicação e informação; atuar de forma a superar as expectativas em função dos desejos e das necessidades dos clientes e colaboradores; manter os colaboradores com elevado nível de motivação no desenvolvimento das suas competências de modo a garantir a excelência; adequar serviços e instalações da Instituição aos requisitos do cliente.

Desde 2002 a Qualidade, tem sido uma prioridade estratégica para os serviços que atualmente integram a ISE. O regulamento interno integra uma referência ao desenvolvimento e aplicação da estratégia de gestão para a qualidade procurando seguir uma metodologia de melhoria contínua e garantia da mesma. A política de qualidade assenta atualmente nas orientações internacionais inerentes ao processo de certificação (ISO 9001) e de acreditação (CHKS).

O Serviço de Gestão da Qualidade foi criado em 14 de Julho de 2006 (artigo 44º da Secção IV do Regulamento Interno). É um serviço de assessoria ao Conselho de Administração, que coordena e gere todas as metodologias e ferramentas aplicadas na área da qualidade. Tem como principais objetivos a promoção da aplicação dos programas de controlo da qualidade zelando pela melhoria contínua da qualidade e garantia da mesma nos serviços; dar resposta às necessidades de informação a nível operacional, melhorar o acesso a cuidados de saúde e criar uma cultura de qualidade, tendo como meta a excelência dos atos praticados, servindo os sistemas de qualidade de suporte às áreas técnico-profissionais.

É formado por um Diretor de Serviço, dois gestores da qualidade, responsáveis pela coordenação de todas as atividades inerentes, respetivamente aos programas de certificação e acreditação em curso, incluindo o planeamento e organização das auditorias internas e externas aos sistemas. O serviço é apoiado, quando necessário, por um Fórum de profissionais, nomeados sob proposta do diretor do serviço, que analisam os diferentes projetos enviados pelo conselho de administração e delineiam a estratégia de execução.

Cada gestor de qualidade é apoiado por um grupo de profissionais nomeados para esse efeito e que são responsáveis pela coordenação e acompanhamento local das ações em curso e a implementar, para suporte e desenvolvimento dos processos de qualidade.

Suportam o processo grupos multiprofissionais de melhoria contínua, designados grupos transversais, grupos de interlocutores locais, normalmente chefias intermédias (diretores de Departamento/ serviço/ enfermeiros chefes, técnicos responsáveis e outros), designados de grupos verticais e auditores internos.

Ao Diretor de Serviço compete propor e participar nas decisões institucionais no que respeita à qualidade; delinear e aprovar as estratégias de execução dos vários projetos, de acordo com as respetivas metodologias, supervisionar a evolução dos mesmos, coordenar e acompanhar o trabalho dos gestores de qualidade; intervir junto do Conselho de Administração, das chefias intermédias e dos grupos institucionais sempre que necessário, para garante da continuidade e consistência dos processos de qualidade em curso.

Todos os processos permitem desenvolver, garantir, aferir, tornar transparentes aos profissionais, todas as políticas, estratégias, procedimentos, circuitos dos diversos setores e transmitir aos utentes mais credibilidade, segurança, conforto e melhores resultados.

Reason (2005) preconiza que o ser humano é falível, devendo os erros serem esperados, mesmo nas melhores organizações. Por sua vez, Campos (2010) é da opinião que a ocorrência de erros e eventos adversos representa uma oportunidade para aprendizagem e melhoria.

Na perspectiva de Fragata e Martins (2004) deve-se promover, nas organizações e nos cuidados de saúde, uma cultura de risco e de segurança que proceda à gestão do risco clínico. Para que tal suceda é necessário aceitar que os acidentes não ocorrem isoladamente, resultam de percursos complexos, maioritariamente evitáveis.

A Gestão de Risco, de acordo com o regulamento da ISE, tem como objetivos:

- ✓ Realizar uma avaliação permanente e dinâmica das situações de risco tendo em vista os utentes, os trabalhadores e a instituição, nos diversos aspetos que constitui a prestação de cuidados de saúde;
- ✓ Criar mecanismos que propiciem condições seguras de trabalho aos profissionais;
- ✓ Criar mecanismos que propiciem um aumento de confiança dos utentes face aos cuidados de saúde de que serão alvo;
- ✓ Criar mecanismos que salvaguardem a instituição dos riscos inerentes à prestação de cuidados de saúde.

Estrategicamente desenvolve a sua atividade no sentido de dinamizar a interação entre os diferentes serviços ou valências de forma a potenciar o aparecimento de sinergias dentro da instituição. Promove a criação de planos e manuais de segurança.

A ISE pratica um incentivo à notificação, de forma voluntária e anónima, dos erros, incidentes, acontecimentos perigosos e acidentes que decorram durante o desenvolvimento das atividades dos profissionais.

Pode-se afirmar que se trata de um alerta importante, uma ferramenta valiosa, no armazenamento de dados permitindo a nível da instituição, identificar os pontos críticos, os fatores contributivos e as consequentes ações corretivas a implementar, concentrando a importância na melhoria do sistema e não na culpabilização do indivíduo. O programa possibilita ainda a criação de um campo de sugestões.

Relativamente aos serviços em questão, o relatório de gestão do risco clínico, identifica nos últimos cinco anos, dez notificações no BA e treze no BOC. A nível do BA 40% (4) referem-se a avarias de máquinas/equipamentos, 20% (2) dizem respeito a quedas do utente, outros 20% (2) referem-se situações não especificadas e 10% (1) traduzem picadas bem como corte com o bisturi com o mesmo percentual. No BOC a percentagem resultante de avarias de máquina/equipamento diminui para os 23% (3) deixando o primeiro lugar para situações não especificas com 38% (5). As quedas do doente situam-se nos 15% (2) seguido de erros de medicação, erros/reacções transfusionais e infestação com 8% (1) cada.

Sintetizando, a percentagem de erros, acidentes, incidentes e/ou acontecimentos perigosos comunicados é ainda muito diminuta, no entanto revela já alguma preocupação quanto a esta atividade.

O Gestor de Risco é assessorado por um vasto grupo de apoio, dos quais se destaca a Comissão de Controlo de Infecção (CCI) que também possui alguns dados de interesse referentes nomeadamente ao programa HELICS de cirurgia.

▪ **O contributo da CCI**

A Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é uma das problemáticas de saúde mais relevantes na atualidade, não só pelos malefícios que acarreta para o utente, em termos de mortalidade e morbilidade, mas também para a comunidade. Acresce a este fato, o aumento significativo dos custos inerentes aos cuidados de saúde. Daí a importância de uma política de vigilância, prevenção e controlo de IACS nas Instituições de Saúde que possa contribuir para uma melhor qualidade assistencial e redução dos custos associados à prestação de cuidados de saúde.

Sensível a esta problemática, a ISE, através da CCI, aderiu ao projecto HELICS de cirurgia em 2005. O HELICS permite gerir todo o processo de vigilância epidemiológica numa unidade de saúde e pretende ser a principal ferramenta de trabalho dos profissionais das CCI. Inicialmente, o estudo da infeção do local cirúrgico destinava-se aos serviços de Ginecologia, Obstetrícia e Ortopedia. Posteriormente, devido a constrangimentos de ordem logística, nomeadamente na implementação do registo eletrónico no programa informático HEPIC, foram determinantes da não inclusão do serviço de Ortopedia.

Atualmente a monitorização é feita através do preenchimento de dois formulários, em suporte de papel, em dois momentos distintos:

- ✓ Na admissão, de todos os utentes, no BOC e BA até ao momento da alta do internamento ou do próprio BA;
- ✓ No período pós alta hospitalar, através de um protocolo existente com os Cuidados de Saúde Primários, no prazo de um mês se não estiver implicado um implante, no prazo de um ano caso haja implante. Havendo infeção o formulário é devolvido à CCI, devidamente preenchido.

Nos serviços onde se desenvolve o estudo, várias dificuldades limitam a sua análise, salientando-se o deficiente preenchimento dos formulários de registo de infeção, a não monitorização da totalidade dos doentes submetidos a cirurgia e o não retorno de formulários de registo de infeção dos Cuidados de Saúde Primários. Consequentemente, o resultado do mesmo deve ser interpretado tendo em consideração essas dificuldades.

O relatório de atividades da CCI, para o ano de 2009, revela uma taxa de incidência da infecção do local cirúrgico, avaliada nos serviços de Ginecologia e Obstetrícia, variando a sua taxa entre 0,20% e 0,86%, se ferida limpa, e 0,62% e 1,18%, consoante o nível de risco anestésico.

Cientes de que aos agentes de saúde compete detetar, analisar e divulgar os eventos ocorridos, para que se possa prevenir o próximo erro, a CCI está a desenvolver esforços no sentido de, a curto prazo, expandir o estudo a todas as cirurgias realizadas através de um registo e monitorização informática.

Na mesma linha de pensamento, a ISE aderiu ao projeto que dirige a atenção para os fundamentos e práticas da segurança cirúrgica, persistindo a necessidade de se investir na busca de melhoria da qualidade e garantia de segurança, resultando progressivamente em mais vidas salvas e mais incapacidades preveníveis.

1.3 Implementação da LVSC: das necessidades às possibilidades

A iniciativa "Cirurgias Seguras Salvam Vidas" foi estabelecida pela Aliança Mundial para a Segurança do doente como parte dos esforços da OMS para reduzir a mortalidade por cirurgias em todo o Mundo. O objetivo do programa consiste em resolver importantes temas sobre segurança, incluindo práticas de segurança inadequadas de anestesiologia, infeções cirúrgicas preveníveis e comunicação deficiente entre os membros das equipas.

A DGS, no uso das suas competências técnico-normativas e com base na documentação da OMS, determinou, em parceria com o Sistema Integrado de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), por recomendação do DQS a implementação da "Cirurgia Segura Salva Vidas", em todos os blocos operatórios do SNS, bem como o preenchimento, em todas as cirurgias, da LVSC e do Apgar Cirúrgico, na plataforma informática.

Gestos simples, como a mera verificação de uma lista (LVSC), com envolvimento ativo de todos os profissionais de saúde que constituem a equipa cirúrgica (cirurgiões, anestesiológicos, enfermeiros, técnicos e outras pessoas da sala envolvidas na cirurgia), traduzem-se em amplos benefícios. O mesmo acontece com o Índice de Apgar Cirúrgico, a aplicar pelo anestesista, antes de o doente sair da sala de operações.

A adesão de todos os blocos operatórios abrangidos apontava como prazo de realização o primeiro dia do mês de Julho, devendo estar concluída no final do mês de Setembro de 2010. No entanto, a viabilidade de um projeto depende de recursos humanos, materiais, físicos e financeiros. É necessário que seja pertinente, preciso, susceptível de realização, embora desafiador e mensurável (Fernandes, 1998/1999).

O meio envolvente deve ser avaliado tendo em consideração as necessidades da organização, dos utentes e as nossas próprias necessidades pois só assim se poderá efetuar um planeamento de atividades que satisfaça transversalmente as diversas necessidades detetadas.

O conceito de necessidade está intimamente ligado aos valores, pressupostos, crenças e normas de uma dada sociedade. Para além disso “[a]nalisar necessidades significa conhecer os interesses, as expectativas, os problemas da população a formar, para garantir o ajustamento óptimo entre programa – formador – formando” (Rodrigues & Esteves, 1993, p. 20).

Stufflebeam cit in Arantes(2004) surgiu com um quadro de quatro definições de categorização de necessidades, sendo a definição de categorização de necessidades mais adequada ao projeto denominada por necessidades como direção em que se prevê um melhoramento. Este conceito de necessidade engloba um estudo e análise pormenorizado de uma dada situação, de modo a atingir o seu aperfeiçoamento. Esta análise de necessidades prevê o melhoramento a longo prazo e o suprimento da necessidade identificada.

A análise de necessidades deve ser concebida como uma prática globalmente planeada, para que as decisões, nomeadamente a escolha da metodologia ou metodologias a aplicar em determinado contexto, sejam tomadas de uma forma sistémica, isto é, que considerem todos os vetores identificados (Pennington cit. Por Rodrigues e Esteves, 1993).

Através de uma primeira abordagem, às equipas dos blocos operatórios, verifiquei que alguns dos elementos da equipa do BOC já tinham tido contato prévio com a LVSC através da realização de um dia experimental, em suporte de papel. Segundo a enfermeira chefe, a equipa aderiu com alguma curiosidade e entusiasmo, mas não passou disso, ou seja, de um dia experimental. Por sua vez, a equipa do BA, na sua maioria, desconhecia o projeto e na globalidade não viam necessidade do mesmo ser implementado no respetivo serviço, uma vez que não tinham conhecimento de qualquer evento ou erro ocorrido até então.

Nas duas equipas, os profissionais não sentem a necessidade de mudança, contudo, devo aqui salientar a abertura que demonstraram em dar início ao projeto. Nesse sentido, a estratégia será forjar a mudança instituída, cuja base assenta numa circular normativa, numa mudança instituinte.

Destacam-se, desde já, necessidades ao nível da divulgação do projeto, da formação e da motivação dos diferentes elementos da equipa.

O campo da saúde encontra-se em constante mutação relacionada, entre outras, com a evolução tecnológica e informacional. Os fenómenos sócio-culturais, demográficos e políticos são responsáveis por uma dinâmica de mudança constante no vasto campo da saúde onde impera também a competitividade entre hospitais/serviços.

A adesão, bloco a bloco, permitirá a cada profissional, equipa, serviço, instituição e serviços centrais do Ministério da Saúde obterem estatísticas cirúrgicas, as quais se revestem de uma importância fundamental para a melhoria das práticas cirúrgicas e para a segurança do doente.

Em termos concretos, na ISE, bem como na generalidade das outras instituições de saúde portuguesas, os dados estatísticos acerca da segurança do foro cirúrgico são escassos.

Analisando a estrutura física dos dois blocos operatórios da ISE: o BA necessitava da instalação do programa informático nas duas salas operatórias; por sua vez no BOC toda a rede informática, incluindo equipamentos, precisava de ser renovada para que o programa informático fosse instalado e posteriormente utilizado com sucesso. Necessidades a nível da estrutura.

Para além da avaliação das necessidades, um outro aspeto que importa considerar é a identificação das possibilidades de intervenção, ou seja, avaliar os recursos disponíveis e o tempo cronológico disponível para que o projeto resulte numa programação exequível e não utópica. Neste seguimento irei, antes de mais, expor o conteúdo da LVSC de uma forma mais concreta.

▪ **Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica**

A utilização da LVSC, simples e aplicável em qualquer contexto, permite a medição do impacto dos procedimentos cirúrgicos, não acrescenta custos, melhora a segurança cirúrgica e evita mortes e complicações. A fim de implementar a lista, apenas uma única pessoa deve ser responsável por verificar os quadros da lista. Este coordenador frequentemente será um enfermeiro, mas poderá ser o cirurgião ou o anestesiológico.

A LVSC (Figura 1) divide a cirurgia em três fases, cada uma respondendo a um momento específico no fluxo normal de um procedimento. Cada verificação de segurança foi incluída na lista, tendo por base evidências clínicas ou opiniões de especialistas de que a sua inclusão reduzirá o dano cirúrgico evitável.


Na fase pré-operatória, a obtenção do consentimento informado, a confirmação da identidade do doente, do local da cirurgia e do procedimento a ser realizado, a verificação da integridade dos equipamentos anestésicos e da disponibilidade de medicamentos de emergência, assim como a adequada preparação para o desenrolar da cirurgia, são todos itens merecedores de atenção.

Durante a cirurgia, o uso adequado e criterioso de antibióticos, a disponibilidade de exames imagiológicos e outros essenciais, a monitorização adequada do doente, o trabalho de equipa eficiente, as decisões anestésicas e cirúrgicas competentes, a técnica cirúrgica meticulosa e a boa comunicação entre cirurgiões, anestesistas e enfermeiros são aspetos a observar necessariamente para garantir um bom resultado.

Após a intervenção, um plano claro de cuidados, a compreensão dos eventos intra-operatórios e o compromisso com uma monitorização de alta qualidade podem favorecer a abordagem cirúrgica, promovendo assim a segurança do doente e a melhoria dos resultados.

O Índice de Apgar Cirúrgico, calculado após o terceiro momento previsto na Lista de Verificação, a ser assegurado pelo anestesista, permite dar *feedback* imediato aos prestadores sobre a condição do doente.

Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica




World Health Organization

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care

Direcção-Geral da Saúde
www.dgs.pt



Ministério da Saúde

Antes da Indução da Anestesia
(Sign in)

Antes da incisão da pele
(Time out)

Antes do doente sair da sala de operação
(Sign out)

(Na presença de, pelo menos, o enfermeiro e o anestesista)

(Na presença do enfermeiro, do anestesista e do cirurgião)

(Na presença do enfermeiro, do anestesista e do cirurgião)

O doente confirmou a sua identidade, o local, o procedimento e deu consentimento?

☐ Sim

O local está marcado?

☐ Sim

☐ Não aplicável

A verificação do equipamento de anestesia e da medicação está concluída?

☐ Sim

O oxímetro de pulso está no doente e em funcionamento

☐ Não

☐ Sim

O doente possui:

Alergia conhecida?

☐ Não

☐ Sim

Via aérea difícil ou risco de aspiração?

☐ Não

☐ Sim e equipamento/assistência acessível

Risco de perda > 500ml de sangue (7ml/Kg em crianças)?

☐ Não

☐ Sim e:

2 acessos IV/central e administração de fluidos planeada

Tipagem e sangue disponível

☐ Confirmar que todos os elementos da equipa se apresentaram indicando os seus nomes e funções

☐ Confirmar o nome do doente, o procedimento e o local da incisão

A profilaxia antibiótica foi administrada nos últimos 60 minutos?

☐ Sim

☐ Não aplicável

A profilaxia tromboembólica foi administrada?

☐ Sim

☐ Não aplicável

Antecipação de eventos críticos

O cirurgião enuncia em voz alta

☐ Quais são os passos críticos ou fora da rotina

☐ O tempo planeado para o caso

☐ Qual a perda de sangue prevista

O Anestesista enuncia em voz alta

☐ Há alguma preocupação específica com o doente?

A equipa de enfermagem enuncia em voz alta

☐ A esterilização (incluindo os indicadores) foi confirmada?

☐ Existem problemas com os equipamentos/dispositivos ou qualquer outra preocupação?

Estão visíveis exames imagiológicos essenciais ou outros?

☐ Sim

☐ Não Aplicável

O enfermeiro confirma verbalmente

☐ O nome do procedimento

☐ As contagens de instrumentos, compressas e corto-perfurantes

☐ A rotulagem dos produtos biológicos ou outros (ler os rótulos das amostras em voz alta, incluindo o nome do doente)

☐ Se existem problemas com os equipamentos ou outros a resolver

O cirurgião, anestesista e enfermeiro indicam

☐ Informação relevante a transmitir à equipa de recobro e as principais preocupações/necessidades do doente

Esta lista de verificação não deve ser considerada exaustiva e não exclui planeamento prévio; aditamentos e modificações a nível da prática local são incentivados

Revisão 1/2009 © WHO, 2009

Figura 1: Print Screen da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

A ficha da cirurgia segura ficará no Sistema Integrado de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia (SIGLIC) associada ao registo do ato cirúrgico devendo ser efetuada obrigatoriamente durante o procedimento cirúrgico. A LVSC está disponível através das seguintes opções de menu:

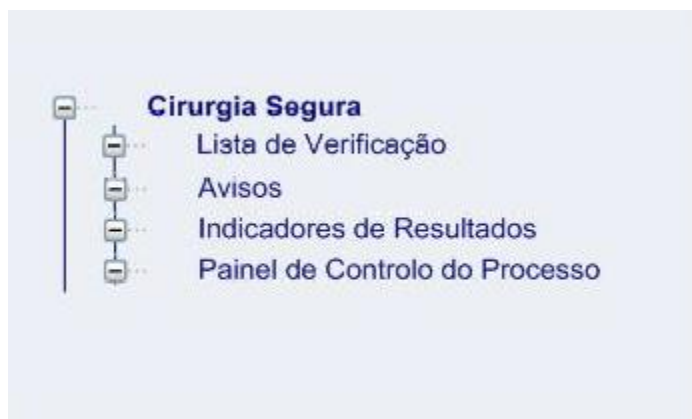


Figura 2: Print Screen das opções de menu da Cirurgia Segura

A LVSC pode ser acedida através do menu ou através do registo do ato cirúrgico. Em qualquer uma dessas opções, é apresentado algo idêntico à figura 3, onde podemos constatar três áreas distintas: dados associados aos critérios de pesquisa, dados referentes a ficha de cirurgia segura e rodapé, composto pelas ações mais frequentes.

Figura 3: Print Screen da ficha de registo do ato cirúrgico

▪ Registo de uma ficha de LVSC

A criação de uma ficha LVSC só pode ser efetuada por utilizadores pertencentes ao hospital. A criação é desencadeada através da opção “NOVA” no rodapé do ecrã. É obrigatório o registo de informação mínima, através da seleção do serviço, processo do utente, seleção da proposta e identificação do chefe de equipa.




Figura 4: Print Screen da opção, em rodapé, para a criação de uma ficha de LVSC

Na lista de valores da proposta existirá a Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC) associada ao respetivo número de processo, acrescidas das opções: cirurgia não programada e cirurgia programada ainda sem proposta. Caso se trate de uma cirurgia de urgência deverá ser escolhida a primeira opção. No caso de ser programada mas a proposta ainda não se encontrar disponível no SIGLIC deverá ser selecionada a segunda opção.

Com a introdução do número do processo, o nome do utente será apresentado automaticamente caso ele se encontre registado no SIGLIC. A não existência do processo no SIGLIC não impedirá de efetuar o respetivo registo da LVSC.

Os campos “data” e “hora” são preenchidos automaticamente e não podem ser alterados pelo utilizador. Toda a informação é baseada na seleção de resposta pré definida. Sempre que se prossegue para o registo da próxima fase, o sistema validará se todos os campos da fase anterior


estiverem preenchidos. No caso de existirem questões por responder, o sistema emite um alerta a notificar. O sistema permite ainda, acrescentar notas adicionais através dos ícones.  Para iniciar o registo da LVSC, deve ser selecionado o tabulador – “Antes da indução de anestesia”.

Proposta | **Antes da indução da anestesia** | Antes da incisão da pele | Antes do utente sair da sala operações | Notas

Data hora: 2010/05/07 08:55

(Na presença de, pelo menos, o enfermeiro e o anestesista)

☐ Cirurgião ☐ Anestesista ☐ Enfermeiro

ASA: 

☐ O doente confirma

- Sua identidade
- O procedimento
- Local do procedimento
- Seu consentimento

☐ O local está marcado

☐ Sim


☐ Não aplicável

☐ A verificação do equipamento de anestesia e da medicação está concluída

☐ O oxímetro de pulso está no doente e em funcionamento

☐ Sim

☐ Não aplicável

☐ O doente possui Alergia conhecida? 

☐ Sim

☐ Não

☐ Via aérea difícil ou risco de aspiração?

☐ Não

☐ Sim e equipamento/assistência acessível

☐ Risco de perda > 500ml de sangue (7ml/kg em crianças)?

☐ Não

☐ Sim e 2 acessos IC(central)

Administração de fluidos planeada, Tipagem realizada e Sangue Disponível: ml

Eliminar Gerar Gravar

Figura 5: Print Screen do tabulador – “Antes da indução de anestesia”

”

Para prosseguir com o registo da LVSC, seleciona-se a opção – “Antes da incisão da pele”

Proposta | Antes da indução da anestesia | **Antes da incisão da pele** | Antes do utente sair da sala operações | Notas


Data hora: 2010/05/07 08:56

(Na presença do enfermeiro, do anestesista e do cirurgião)

☐ Cirurgião ☐ Anestesista ☐ Enfermeiro


☐ Confirmar que todos os elementos da equipa indicaram os seus nomes e funções

☐ Confirmar o nome do utente, o procedimento e o local da incisão

☐ A profilaxia antibiótica foi administrada nos últimos 60 minutos? 

☐ Sim

☐ Não aplicável


☐ A profilaxia tromboembólica foi administrada? 


☐ Sim


☐ Não aplicável

Antecipar eventos críticos


☐ Cirurgião enuncia em voz alta

☐ Quais os passos críticos ou fora da rotina? 


☐ O tempo planeado para o caso 


☐ Qual a perda de sangue prevista? 

☐ Anestesista enuncia em voz alta

☐ Há alguma preocupação específica com o utente? 

☐ Equipa de Enfermagem enuncia em voz alta

☐ A esterilização (incluindo os indicadores) foi confirmada? 

☐ Existem problemas com os equipamentos/dispositivos ou qualquer outra preocupação? 

Estão visíveis exames Imagiológicos essenciais

☐ outros?

☐ Sim

☐ Não aplicável

Eliminar Gerar Gravar

Figura 6: Print Screen do tabulador – “Antes da incisão da pele”

Para concluir o registo, deverá ser seleccionada a opção “Antes do doente sair da sala de operações”. O índice de Apgar cirúrgico é calculado automaticamente com base nos dados registados (perda de sangue, menor pressão arterial média registada ou estimada, menor frequência cardíaca). Caso se pretenda concluir deve guardar toda a informação recolhida seleccionando a opção “GERAR”. O preenchimento de cada uma das fases demora, em média, cerca de cinco minutos.

The screenshot shows a software interface with several tabs: 'Proposta', 'Antes da indução da anestesia', 'Antes da incisão da pele', 'Antes do utente sair da sala de operações' (selected), and 'Notas'. The selected tab contains a date/time field 'Data hora' with the value '2010/05/07 08:58'. Below this are checkboxes for '(Na presença do enfermeiro, do anestesista e do cirurgião)' with options for 'Cirurgião', 'Anestesista', and 'Enfermeiro'. There are two main sections with checkboxes: 'O Enfermeiro confirma verbalmente' (with sub-points like 'O nome do procedimento', 'As contagens de instrumentos...', etc.) and 'O Cirurgião, Anestesista e Enfermeiro indicam' (with a sub-point 'Informação relevante a transmitir...'). At the bottom, there are three buttons: 'Eliminar', 'Gerar' (highlighted with an orange circle), and 'Gravar'.


Figura 7: Print Screen do tabulador – “Antes do doente sair da sala de operações” e modo de conclusão da ficha

▪ Consultar ficha de LVSC

A pesquisa de uma ficha de LVSC é efetuada no âmbito de um processo necessitando o utilizador de indicar qual o nº do mesmo. A pesquisa é executada através da opção “pesquisar” disponível no rodapé.

The screenshot shows a window titled 'Cirurgia Segura: Lista de Verificação'. It includes logos for 'World Health Organization' and 'Patient Safety'. The main heading is 'Verificação de Segurança Cirúrgica'. There are input fields for 'Hospital' (Hospital Espírito Santo Évora de Ribatejo SA), 'Serviço', 'Nº Processo', and 'Proposta(LIC)'. Below these are fields for 'Chefe de Equipa' and 'Responsável pelo registo:'. At the bottom, there are two buttons: 'Nova' and 'Pesquisar' (highlighted with an orange circle). The interface also shows a table with columns 'Tipo/Lat', 'Diagnósticos', 'Procedimentos', and 'ASA'.

Figura 8: Print Screen de demonstração do modo de pesquisa da LVSC

Por defeito só serão pesquisadas fichas ativas. Caso se pretenda alterar este parâmetro poder-se-á fazê-lo através das opções  A: ativas, C: canceladas T: todas

Uma vez apresentado o resultado da pesquisa podem ser efetuadas modificações (para atualização de dados), eliminar a ficha (caso se tenha verificado que se gerou informação incorreta) ou imprimir.

Sistematizando, com base no modelo de Tushman e Nadler, o meio envolvente deve ser analisado tendo em consideração as necessidades da organização, dos utentes e dos profissionais, pois só assim se poderá realizar um planeamento de atividades que satisfaça transversalmente as diversas necessidades detetadas.

Em termos concretos o que se pretende é a implementação da LVSC, todavia, apesar da inegável importância do projeto para a melhoria dos cuidados de saúde a nível do foro cirúrgico e da recomendação da DGS, constata-se que, após término do prazo estabelecido pela mesma (Setembro de 2010), a situação mantém-se inalterada. Analisadas as necessidades torna-se premente esboçar um plano de intervenção.

2. PLANO DE AÇÃO

O plano de ação é a organização de todas as ações necessárias para atingir um resultado desejado, neste caso em concreto a aplicação da LVSC e do Apgar cirúrgico nos blocos operatórios da ISE. Quanto maior a quantidade de ações e pessoas envolvidas, maior a necessidade e importância de um plano aumentando as possibilidades de atingir a meta.

Para uma melhor compreensão e organização do plano optei pela realização de fichas projeto cuja elaboração se inicia com a descrição da ação a desenvolver, consecutiva de uma breve fundamentação da mesma. Seguem-se os objetivos, propósitos específicos a serem alcançados, indicando onde estarão concentrados os esforços. Após, são enumeradas as estratégias, caminhos escolhidos que indicam como se pretende concretizar os objetivos previamente delineados. Constituem respostas às ameaças e às oportunidades identificadas, bem como, aos pontos fracos e pontos fortes encontrados. Prossegue com a enumeração dos intervenientes e da população alvo e por fim a avaliação.

Em termos de estruturação do trabalho decidi remeter as fichas projeto, das diversas atividades, para apêndice, considerando-as, no entanto, parte integrante do presente documento.

Este plano compreenderá, para sistematização, dois eixos fundamentais. O primeiro irá englobar a sensibilização e envolvimento das equipas e o segundo a implementação da lista no BOC e BA (Apêndice I).

A nível do envolvimento e sensibilização das equipas deve ser atendida a hierarquização dos diferentes intervenientes, programando momentos distintos.

- Envolvimento das equipas

Assim, a nível do BOC, após uma primeira reunião com os principais responsáveis, pude constatar que tinham conhecimento do projeto e corroboravam com a importância de implementar a LVSC o mais breve possível, desde que a mesma fosse executada em plataforma informática. Pese embora a aplicação estivesse disponível no sítio da instituição, faltava a atribuição dos respetivos códigos de acesso dos profissionais de saúde em questão (médicos, enfermeiros e anestesiológicos).

Garantido o modo de acesso, foi sugerido, de forma consensual, que o preenchimento da LVSC deveria ser realizado, preferencialmente, pelo enfermeiro anestesista por uma questão de dinâmica de trabalho na sala operatória.

Quanto à estratégia de formação, uma vez que a equipa já conhecia o projeto e já tinha tido uma experiência prévia (embora muito limitada), ficou acordado a entrega do manual de “Cirurgia Segura Salvam Vidas” bem como do manual do utilizador da LVSC a todos os enfermeiros anestesistas, principais responsáveis pelo registo.

Como relevante obstáculo na operacionalização deste projeto no BOC destacaram-se entraves de cariz informático (computadores obsoletos, sobrecarga da rede). Foi sugerida a passagem diária de um técnico de informática no BOC de modo a otimizar o programa permitindo a sua utilização. Paralelamente foi previsto a elaboração de um documento escrito, pelo Gestor do Risco Clínico (GRC), dirigido à administração da ISE sensibilizando-a para a substituição do material informático existente por outro novo e mais adequado ao serviço em questão, propondo em simultâneo a realização de uma reunião, na tentativa de agilizar o processo.

Relativamente ao BA, de acordo com a informação da equipa de gestão do serviço, em reunião efetuada com a gestão do risco clínico, têm vindo a trabalhar na preparação do referido processo de implementação, aproveitando as obras de renovação e alargamento do espaço e de substituição do equipamento, nomeadamente informático. O aplicativo informático do programa já estava instalado em alguns computadores, embora apresentassem ainda problemas de arranque e de lentidão do sistema que necessitavam de atenção por parte do serviço de informática.

Na referida reunião ficou apontada como data de início do programa o primeiro dia do mês de Abril, devendo resolver-se até lá as questões de organização da equipa em termos de registo e os problemas informáticos.

Ao contrário do BOC, a maioria dos elementos desta equipa não tinha conhecimento do projeto, contudo já lhe haviam sido atribuídos códigos de acesso que ainda não tinham sido entregues. No seguimento desta falta de informação foi agendado um momento formativo, inicialmente apenas com a equipa de enfermagem, dinamizada em pequenos grupos.

- Implementação da LVSC

Relativamente à implementação da LVSC, no BA cumpriu-se o prazo, iniciando-se no primeiro dia de Abril de 2011. Dois meses após, aquando do momento da avaliação do trabalho realizado constatou-se a ausência de dados. Foi excluída a hipótese de não preenchimento das listas ou preenchimento de modo incorreto (não efetuando gravação após conclusão do registo). Concluiu-se que devido a uma falha no programa, a nível central (DGS) não era possível consultar as LVSC realizadas, condicionando todo o estudo e análise previsto.

Apesar de se tratar do cumprimento de uma normativa, extrapolando o prazo recomendado, a mesma carece ainda de alguns ajustes. A gestora do projeto de Acreditação notificou esse fato, bem como todos os outros constrangimentos pontuais que existiram até então, ao coordenador nacional do programa “Cirurgias Seguras Salvam Vidas” que havia tomado posse do cargo em finais do referido mês.

No BOC, com a autorização da renovação de todo o equipamento informático, a data de início da implementação da LVSC foi adiada até que se reunissem condições para o fazer o que aconteceu em meados de Julho. Inicia-se a implementação da LVSC e numa tentativa de evitar que sucedesse o mesmo que no BA, definiu-se como estratégia a impressão da lista após preenchimento da mesma. Definiu-se também que, quando a mesma não fosse possível de ser executada em plataforma informática seria realizada em suporte de papel.

3. AÇÃO DESENVOLVIDA

Corresponde à concretização de tudo o que foi previamente definido durante a fase de planeamento, colocando em prática toda a formulação das metas traçadas, utilizando as melhores ferramentas de gestão em busca dos melhores resultados. Esta fase consiste, num conjunto de atividades estruturadas e desenvolvidas usando conhecimentos técnico-científicos tal como referem Nadler e Tushman, citados por Caetano (2001).

De importância fundamental, esta é a etapa que vai possibilitar a adequação dos planos às situações imprevistas, mudanças de estratégias e melhoria de mecanismos de controlo, além de permitir a identificação de erros no planeamento original, corrigindo-os de modo a evitar maior dano no projeto.

A nível do BOC foram providenciados os códigos de acesso ao programa informático, tendo os mesmos sido entregues aos respetivos utilizadores. Em Maio de 2011, como resposta ao requerido à administração, deu-se o início da substituição do material informático existente por outro novo e adequado às necessidades atuais.

No BA, foram entregues os códigos de acesso, explicado em que consistia o programa e qual o modo preconizado de preenchimento da LVSC em plataforma informática. Paralelamente fui auscultando, através da natureza dos comentários, que o obstáculo maior residia em selecionar o elemento responsável pelo registo. Apesar de ter ficado estabelecido à priori que seria o enfermeiro de anestesia, não havia consenso entre enfermeiros e anestesiológista na medida em que ambos afirmavam sobrecarga das suas funções, no decorrer do ato cirúrgico, para além de questionarem a necessidade deste tipo de projeto numa CA, demonstrando assim, falta de motivação para aderir ao mesmo. As pessoas resistem à mudança, porque não a compreendem.

Como forma de operacionalizar a implementação da LVSC, desmistificando os constrangimentos enunciados previamente, realizou-se um segundo momento formativo, desta vez em contexto de trabalho, ou seja, em plenas salas operatórias. Ao longo de uma manhã, sucedeu-se a apresentação do procedimento preconizado, nos diferentes momentos da cirurgia, aos diversos profissionais de saúde que constituem a equipa do BA, nomeadamente aos dois anestesiológistas que constituem a equipa. Na véspera da data de implementação, foram também enviados *emails* a todos os profissionais com uma palavra de agradecimento, pela adesão/colaboração na implementação do projeto, anexando documentação útil, designadamente a circular normativa emitida pela DGS, o manual de preenchimento da lista e dois vídeos exemplificativos.

Após a ação desenvolvida e respetivo acompanhamento da execução do projeto, procedeu-se à recolha de dados e análise dos resultados obtidos. A escolha metodológica teve como ponto de partida, tal como refere Fortin “[u]ma situação identificada como problemática (...) e que consequentemente exige uma explicação ou, pelo menos, uma melhor compreensão da situação observada”(1999, p. 62).

Um exercício que se quer concreto e decidido, cuja escolha recai, essencialmente, sobre a natureza da indagação da pesquisa. Para tal recorri a um modelo teórico-prático com base na investigação quantitativa, sustentada na recolha de dados objetiva. Conforme refere o autor, este paradigma traduz uma preocupação do investigador na obtenção de dados fiéis e reproduzíveis, isto é, que determinado estudo possibilite a sua generalização.

Ao optar por esta metodologia, pretendo conhecer uma realidade correspondente aos dois primeiros meses de implementação da LVSC na ISE. Irei limitar a minha pesquisa apenas ao BOC, uma vez que no BA, devido a questões de ordem informático não me foi possível consultar as fichas da LVSC realizadas. Optei por um estudo descritivo, transversal e retrospectivo.

O tratamento estatístico dos dados foi efetuado através do programa informático SPSS 17.0 (Statistical Package for Social Sciences), por ser o programa de investigação que permite uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo.

Após análise do Quadro 3 constata-se que, no período abrangido pela observação (19 de Julho a 19 de Setembro de 2011), foram realizadas 996 cirurgias no BOC da ISE das quais, 242 apresentaram o preenchimento da LVSC resultando numa taxa de realização global na ordem dos 24% (242). Ao analisarmos esta taxa, subdividindo o intervalo de tempo em dois momentos (de 30 dias cada) a diferença é notória: no primeiro mês os valores situam-se nos 92% (223) descendo para os 8% (19) no segundo mês de aplicação. Podemos assim concluir que a maioria do preenchimento ocorreu durante o primeiro mês.

A LVSC foi preenchida maioritariamente, 82% (198), em tempo real sendo que apenas 18% (44) foi executada em suporte papel, ou seja, em tempo diferido. Tal opção era utilizada apenas quando o sistema informático não permitia aceder ao SIGLIC.

Fazendo uma análise crítica dos valores encontrados são vários os aspetos que merecem a minha atenção no sentido de tentar compreender a diferença entre a taxa global de realização do primeiro e segundo mês. Inicialmente apontei como motivos: "férias" e consequente "sobrecarga de trabalho" como principais responsáveis contudo, essa ideia foi parcialmente posta de lado uma vez que ambos os períodos compreendem as férias do pessoal e o número de elementos constituintes da equipa foi exatamente o mesmo. Por sua vez a percentagem de cirurgias realizadas foi ligeiramente menor, 4% (40) no segundo período. Afirimo parcialmente porque no segundo período coincidiu com as férias da enfermeira chefe, grande impulsionadora e líder na execução do projeto.

Conforme apurei, o segundo momento de implementação coincidiu com múltiplos contratempos de cariz informático relacionado com a impressão das LVSC já preenchidas. Associado a esse problema mantém-se a situação previamente observada no BA onde ainda não é possível consultar as listas realizadas. Resumidamente, e segundo informação do responsável de gestão do BOC, não se conseguiram imprimir nem consultar um elevado número de LVSC durante o segundo período.

Quadro 3 - Distribuição numérica e percentual da aplicação das LVSC e tempo de aplicação segundo as cirurgias efetuadas

		ni	fi
Cirurgias efetuadas (n996)	Entre 19/07 a 18/08	518	52,0
	Entre 19/08 a 18/09	478	48,0
	Total	996	100,0
LVSC efetuadas (n 242)	Entre 19/07 a 18/08	223	92,0
	Entre 19/08 a 18/09	19	8,0
	Total	242	100,0
LVSC efetuadas (n 242)	Tempo Real	198	82,0
	Tempo Diferido	44	18,0
	Total	242	100,0

Tal como já foi referido previamente, o preenchimento da LVSC é faseado. A primeira fase refere-se ao momento antes da indução da anestesia, descrita no Quadro 4.

Dos diversos itens a ter em conta nesta fase, início a minha análise pela confirmação da identidade, do procedimento, do local do procedimento e consentimento cirúrgico dado pelo doente em 96,7% (234) dos casos. A restante percentagem distribui-se de forma equitativa pelos que não confirmaram ou não preencheram este ponto.

Relativamente à marcação do local este não era aplicável em 46,3% (112) das cirurgias. Quando aplicável, 53,7% (130), o percentual do local não marcado 30,6% (74) ultrapassou o do local marcado 22,7% (55). Houve ainda a ausência de resposta numa das LVSC.

A verificação do equipamento de anestesia e da medicação está concluída na totalidade das respostas dadas, salientando apenas que 1,2% (3) não respondeu.

Relativamente à presença e funcionamento do oxímetro de pulso, 96,3% (233) respondem afirmativamente. A restante percentagem subdivide-se pela ausência de resposta em 2,9% (7) e negatividade da mesma 0,8% (2).

O ponto seguinte questiona se o doente possui alguma alergia conhecida. Mantém-se a ausência de resposta em 1,2% (3) das listas, mas a maioria demonstra preocupação obtendo-se 98,8% (239) das respostas.

O mesmo se passa quando a questão a tratar reside no fato de saber se o doente possui via aérea difícil ou risco de aspiração, obtendo-se resposta em 98,3% (238) contra a ausência de resposta em 1,7% (4). Analogamente, quando se calcula o risco de perda hemática superior a 500ml o número de ausências de resposta é mais reduzido que os dois itens anteriores, obtendo-se resposta em 99,2% (240).

Fazendo agora uma abordagem global, dos diversos itens que compõe a primeira parte da LVSC, em jeito de síntese, verifico que o principal problema encontrado consiste na não marcação do local da cirurgia. Os restantes itens apresentam valores percentuais relativamente elevados, no entanto, importa ainda reforçar a importância de responder a todos eles enquanto eles relevantes na cadeia da segurança cirúrgica o que demonstra uma falta de apropriação na íntegra do conceito de Segurança.

Quadro 4 - Distribuição numérica e percentual das respostas obtidas nos diversos itens correspondentes ao preenchimento da primeira parte da LVSC - Antes da indução da anestesia -

		Sim		Não		Não responde		Não Aplicável		Total	
		ni	fi	ni	fi	ni	fi	ni	fi	ni	fi
Antes da Indução da Anestesia (n 242)	O doente confirmou: identidade, procedimento, local e deu consentimento	234	96,7	4	1,7	4	1,7	0	0,0	242	100,0
	O Local está marcado	55	22,7	74	30,6	1	0,4	112	46,3	242	100,0
	A verificação do equipamento de anestesia e da medicação está concluída	239	98,8	0	0,0	3	1,2	0	0,0	242	100,0
	O oxímetro de pulso está no doente e em funcionamento	233	96,3	2	0,8	7	2,9	0	0,0	242	100,0
	O doente possui alergia conhecida	23	9,5	216	89,3	3	1,2	0	0,0	242	100,0
	O doente possui via aérea difícil ou risco de aspiração	18	7,4	220	90,9	4	1,7	0	0,0	242	100,0
	O doente possui risco de perda > 500ml de sangue (7 ml/Kg em crianças)	39	16,1	201	83,1	2	0,8	0	0,0	242	100,0

O segundo momento de preenchimento, observado no quadro seguinte (Quadro 5), ocorre antes da incisão da pele. Através da observação do mesmo, constata-se a existência de uma grande percentagem ao nível da confirmação dos nomes e funções de todos os elementos da equipa presente em 97,9% (237) bem como dos dados relativos ao doente 97,1% (235).

Relativamente a profilaxia antibiótica, aplicável em 76% (218) dos casos, 62% (150) afirma que foi administrada. Paralelamente, a profilaxia tromboembólica aplicável em 51,2% (118) desce para valores percentuais na ordem dos 9,9% (24) de administração.

A presença de exames imagiológicos essenciais, ou outros, é também um dos critérios onde atendendo à sua aplicabilidade varia entre a presença dos mesmos em 34,7% (84) das cirurgias e os 22,7% (55) onde não é possível consultá-los.

Os itens restantes dizem respeito à área da comunicação dos diversos elementos que constituem a equipa. O cirurgião, em 94,2% (228) dos casos enuncia qual o tempo previsto para a cirurgia, em 91,7% (222) qual a perda de sangue prevista e quais os passos críticos ou fora da rotina em 88,4% (214) dos procedimentos. Por sua vez, em 93% (225) das cirurgias, o anestesista enuncia alguma preocupação específica com o doente. A equipa de enfermagem atinge o valor mais elevado, 97,5% (236) ao atestar que a esterilização foi confirmada. Menciona também em 92,1% (223) se existem problemas com equipamentos/dispositivos ou outra preocupação.

Partindo desta análise são vários os pontos a ter em consideração. Começo por um aspeto mais técnico, a necessidade de incrementar a importância de administrar a profilaxia antibiótica e tromboembólica recomendada. Possivelmente a questão é mais abrangente que a administração, passando pela existência ou não de uma prescrição médica. Um outro reparo, em relação à não consulta de exames imagiológicos, que como o item refere, é essencial. Torna-se necessário descortinar quais as causas desse problema para posteriormente tentar reduzir/eliminar.

O trabalho em equipa e a cooperação é fundamental para a eficiência e, sobretudo, para a segurança no bloco operatório. A comunicação é um ponto-chave para que tal aconteça, é o fluido vital do funcionamento numa equipa.

As falhas de comunicação, no bloco, podem ocorrer a diferentes níveis e em diferentes momentos, tendo por isso sido alvo de atenção da LVSC. Por defeito, o programa interpreta o NÃO com o mesmo significado de ausência de resposta, isto é, a título exemplificativo, não enunciar em voz alta ou não responder tem o mesmo valor.

Os diferentes elementos precisam de fortalecer os laços da comunicação entre eles, reconhecendo-os como uma mais-valia para o verdadeiro funcionamento em equipa. Para além do aspeto comunicacional, mais uma vez se denota a falta de adaptação do conceito de segurança, na sua totalidade.

Um outro apontamento diz respeito à coordenação relacional. Para que uma equipa realmente funcione como tal é necessária uma capacidade de partilha sinérgica de tarefas e, sobretudo a capacidade de cooperar para um dado fim. Esta atitude tem, forçosamente, mais do que ser gerida, de ser liderada pelo elemento responsável pelo registo.

Quadro 5 - Distribuição numérica e percentual das respostas obtidas nos diversos itens correspondentes ao preenchimento da segunda parte da LVSC - Antes da incisão da pele -

		Sim		Não		Não responde		Não Aplicável		Total	
		ni	fi	ni	fi	ni	fi	ni	fi	ni	fi
Antes da Incisão da pele (n 242)	Confirmado que todos os elementos da equipa se apresentaram indicando os seus nomes e funções	237	97,9	0	0,0	5	2,1	0	0,0	242	100,0
	Confirmado o nome do doente, o procedimento e o local da incisão	235	97,1	0	0,0	7	2,9	0	0,0	242	100,0
	A profilaxia antibiótica foi administrada nos últimos 60 minutos	150	62,0	34	14,0	0	0,0	58	24,0	242	100,0
	A profilaxia tromboembólica foi administrada	24	9,9	94	38,8	0	0,0	124	51,2	242	100,0
	O cirurgião enuncia em voz alta: Quais os passos críticos ou fora da rotina	214	88,4	0	0,0	28	11,6	0	0,0	242	100,0
	O cirurgião enuncia em voz alta: O tempo planeado para o caso	228	94,2	0	0,0	14	5,8	0	0,0	242	100,0
	O cirurgião enuncia em voz alta: Qual a perda de sangue prevista	222	91,7	0	0,0	20	8,3	0	0,0	242	100,0
	O anestesista enuncia em voz alta: Há alguma preocupação específica com o doente	225	93,0	0	0,0	17	7,0	0	0,0	242	100,0
	A equipa de enfermagem enuncia em voz alta: A esterilização (incluindo os indicadores) foi confirmada	236	97,5	0	0,0	6	2,5	0	0,0	242	100,0
	A equipa de enfermagem enuncia em voz alta: Existem problemas com os equipamentos/dispositivos ou qualquer outra preocupação	223	92,1	0	0,0	19	7,9	0	0,0	242	100,0
	Estão visíveis exames imagiológicos essenciais ou outros	84	34,7	55	22,7	2	0,8	101	41,7	242	100,0

O quadro seguinte (Quadro 6) é alusivo ao terceiro e último momento do preenchimento da LVSC –“Antes do doente sair da sala de operação”. De salientar que nesta fase os itens eram aplicáveis a todo e qualquer tipo de cirurgia praticada.

Quase na sua globalidade, em 99,2% (240), o enfermeiro confirma verbalmente o nome do procedimento bem como a contagem de instrumentos, compressas e corto-perfurantes atingindo os 98,3% (238). Aqui a percentagem de ausência de resposta ou negatividade da mesma (conforme foi explicado anteriormente o programa atribui o mesmo significado) desce substancialmente. Por seu turno, mais de um quarto dos enfermeiros, 26,4% (64) não confirma/não responde ao item correspondente a rotulagem dos produtos biológicos ou outros, comparativamente com os 73,6% (178) dos enfermeiros que fazem essa confirmação verbal. A referida percentagem diminui sensivelmente quando o mesmo elemento da equipa cirúrgica anuncia verbalmente se existem problemas com os equipamentos ou outros a resolver atingindo 81,4% (197) de confirmações contra os 18,6% (45).

O último item desta fase é atribuída aos três elementos da equipa e a respetiva transmissão de informação relevante a transmitir à equipa do recobro, bem como quais as principais preocupações/necessidades do doente. Constata-se que é transmitida em 71,1% (172) dos casos, sendo a ausência de resposta a este item o maior valor do quadro, situando-se nos 28% (70).

Sinteticamente teço alguns comentários acerca dos problemas encontrados. Para além dos aspetos mencionados na análise do quadro anterior (comunicação, coordenação, cooperação) que se mantém também nesta última fase do preenchimento da lista, a minha atenção recai agora sobre a importância da contagem dos instrumentos, compressas e corto-perfurantes que, apesar de ter um elevado valor de confirmação, nunca é de mais lembrar.

Em 2008, o New Jersey Patient Safety Reporting System considerava que os objetos estranhos constituíam o quarto evento mais frequentemente relatado. Segundo a mesma fonte, a presença de objetos estranhos, como compressas e instrumentos, é considerado pelo Fórum Nacional da Qualidade e outras organizações nacionais como um evento adverso possível de prevenir.

Um objeto estranho retido pode resultar num processo de infeção, perfuração intestinal, abscesso, dor, o retorno à cirurgia e até a morte. O referido relatório declara ainda que foi realizado um estudo retrospectivo em utentes com instrumentos ou compressas retidos na sequência de um procedimento cirúrgico tendo sido identificados sessenta casos. Em sessenta e nove por cento desses casos identificados os objetos retidos eram compressas.

Vários estudos realizados, sobre a fiabilidade das contagens cirúrgicas, concluíram que a contagem manual, por si só, não é suficiente. Por vezes, mesmo em presença de contagens concordantes, acontece ficarem corpos estranhos esquecidos. Para combater esse problema, muitos desses objetos são hoje portadores de marcadores radiopacos para controlo radiológico em caso de dúvida. A resposta a esta questão seria a utilização de todo o material marcado de forma a permitir realizar, por rotina, um RX a todos os utentes antes da saída do bloco. Esta

prática, um tanto ou quanto utópica de generalizar, poderá ser eleita para os casos de urgência ou cirurgias atribuladas onde o descontrole é mais provável.

Quadro 6 - Distribuição numérica e percentual das respostas obtidas nos diversos itens correspondentes ao preenchimento da terceira parte da LVSC - Antes do doente sair da sala de operação -

		Sim		Não		Não responde		Total	
		ni	fi	ni	fi	ni	fi	ni	fi
Antes do doente sair da sala de operação (n 242)	O enfermeiro confirma verbalmente: O nome do procedimento	240	99,2	0	0,0	2	0,8	242	100,0
	O enfermeiro confirma verbalmente: As contagens de instrumentos, compressas e corto-perfurantes	238	98,3	0	0,0	4	1,7	242	100,0
	O enfermeiro confirma verbalmente: A rotulagem dos produtos biológicos ou outros (ler os rótulos das amostras em voz alta, incluindo o nome do doente)	178	73,6	0	0,0	64	26,4	242	100,0
	O enfermeiro confirma verbalmente: Se existem problemas com os equipamentos ou outros a resolver	197	81,4	0	0,0	45	18,6	242	100,0
	O cirurgião, anestesista e enfermeiro indicam a informação relevante a transmitir à equipa de recobro e as principais preocupações/necessidades do doente	172	71,1	0	0,0	70	28,0	242	100,0

Terminada a análise dos quadros relativos à LVSC, subsiste ainda indagar se ela foi realizada nos momentos preconizados, isto é, em conformidade com a norma. Para tal foi preciso consultar a hora a que cada uma destas fases foi executada. Apenas foram sujeitas a análise as LVSC executadas em tempo real (198) uma vez que as restantes, preenchidas em suporte de papel, não mencionavam a hora. Relembro ainda, que esse campo é preenchido automaticamente e não pode ser alterado pelo utilizador.

No Quadro 7, podemos reparar que durante o primeiro período de implementação da lista houve alguma dificuldade no preenchimento da mesma apesar da maioria, 56,2% (104), ter sido executada em conformidade com a norma. Tal tendência manteve-se durante o segundo período apresentando contudo um ligeiro acréscimo na ordem dos 5,8%. No global, 56,6% (112) das LVSC, preenchidas na plataforma informática, foram realizadas no momento preconizado.

Importa aqui tecer algumas considerações relativamente ao modo como a LVSC está a ser aplicada. Apesar de os valores encontrados apontarem para uma maioria de listas efectuadas nos

momentos para a qual ela está destinada, é inegável que estamos perante um problema na medida em que em 43,4% (86) das cirurgias tal não acontece.

Potencialmente um dos motivos poderá residir no fato de se tratar de uma mudança instituída, onde a "obrigatoriedade" se sobrepõe à verdadeira consciência profissional da necessidade de garantir a segurança, princípio fundamental no atendimento aos utentes que chegam ao bloco operatório, visando a melhoria dos cuidados de saúde prestados, a qualidade.

Quadro 7 - Distribuição numérica e percentual do modo de preenchimento da LVSC, em plataforma informática, por período de tempo

		ni	fi
Entre 19/07 a 18/08 (n 185)	Preenchimento correto	104	56,2
	Preenchimento incorreto	81	43,8
	Total	185	100,0
Entre 19/08 a 18/09 (n 13)	Preenchimento correto	8	62,0
	Preenchimento incorreto	5	38,0
	Total	13	100,0

Outros possíveis motivos, que me ocorrem, baseiam-se no fator tempo, na coordenação entre as diferentes tarefas dos diferentes profissionais envolvidos, a organização gerada para a adaptação de uma nova prática. Porém para melhor perceber o problema encontrado torna-se indispensável desdobrá-lo pelas diferentes fases de preenchimento da lista, descrito no Quadro 8.

De acordo com a observação dos valores apresentados no quadro seguinte podemos tirar três conclusões iniciais. A primeira é que o erro do preenchimento incide somente na segunda e terceira fase da LVSC, ou seja, a fase referente à informação a ser verificada/recolhida antes da indução da anestesia é realizada em conformidade com a norma. Por sua vez, a fase dirigida à informação a ser verificada/recolhida antes do doente sair da sala de operação apresenta o maior valor de inconformidade situado nos 93% (80), o que nos leva a concluir que estes registos são feitos por antecipação, isto é, aquando da segunda fase. Por último, podemos afirmar que durante a segunda fase, 7% (6) dos registos são protelados para a fase seguinte.

Uma vez que os registos da primeira e segunda fase podem ocorrer praticamente em simultâneo e atendendo a que o maior número de erros reside na antecipação dos registos da terceira para a segunda fase, sugiro que este aspeto seja analisado. Poderá estar em jogo, não o tempo de demora de preenchimento da lista, mas sim a estratégia que alguns elementos da equipa encontraram para "cumprir mais uma tarefa". Dando continuidade ao meu raciocínio, a maioria das inconformidades de preenchimento ocorrem porque uma vez começado o preenchimento da LVSC este é feito de forma contínua. Salvaguardo, no entanto, uma percentagem de 7% (6) que

provavelmente por falta de prática no preenchimento, incúria ou algum possível "contratempo" adiou o registo para a fase final.

Quadro 8 - Distribuição numérica e percentual do modo de preenchimento da LVSC, em plataforma informática, pelas diferentes fases

		ni	fi
Antes da Indução da Anestesia (n 86)	Preenchimento correto	86	100,0
	Preenchimento incorreto	0	0,0
	Total	86	100,0
Antes da Incisão da Pele (n 86)	Preenchimento correto	80	93,0
	Preenchimento incorreto	6	7,0
	Total	86	100,0
Antes de sair da Sala de Operação (n 86)	Preenchimento correto	6	7,0
	Preenchimento incorreto	80	93,0
	Total	86	100,0

De modo sucinto e objetivo, os problemas encontrados são agora descritos na listagem seguinte:

- ✓ Adesão à LVSC apresentando valores na ordem dos 24%;
- ✓ Consciencialização da importância/utilidade da LVSC, através da sua utilização nos diferentes momentos preconizados, em 56,6% das cirurgias realizadas;
- ✓ Marcação do local cirúrgico em 22,7% dos casos;
- ✓ Administração de profilaxia antibiótica em 62% e tromboembólica em 9,9% das cirurgias realizadas;
- ✓ Consulta de exames durante o ato operatório em 34,7% dos casos;
- ✓ Comunicação/transmissão de informação referente ao procedimento cirúrgico situada nos 71,1%.

Sinalizados os principais problemas encontrados, seguindo a metodologia do PDCA, é chegada a oportunidade de agir no sentido de os neutralizar através da implementação de medidas corretivas.

4. IMPLEMENTAÇÃO DE MEDIDAS CORRETIVAS

Os planos de qualidade fundamentam-se numa abordagem de gestão sistemática, suportada nos princípios da organização, nas práticas e nos processos, que procura a melhoria contínua. Mesmo quando se atingem resultados satisfatórios é possível melhorar, atribuindo maior valor aos resultados do projeto.

É chegado o momento de se atuar sobre todo o sistema organizacional, pois pensar que esta é uma meta só de alguns é uma filosofia errada.

O presente relatório integra os desenvolvimentos até fase de diagnóstico inclusive. Contudo, o projeto implica diferentes fases conducentes ao recongelamento, como Kurt Lewin (cit Caetano, 2001) refere, que urge ter presente. Assim, programou-se a implementação de medidas corretivas de modo a permitir estimular comportamentos e emoções que mantenham a motivação daqueles que foram os grandes impulsionadores da implementação do projeto e criar mecanismos que assegurem a harmonia e a cooperação no ambiente de trabalho.

Numa fase inicial, é fundamental devolver os resultados obtidos a todos os intervenientes no processo de implementação da LVSC, de forma hierarquizada, começando pelo Gestor do Risco Clínico, da Acreditação e Qualidade, passando pelos Diretores do Departamento cirúrgico e Chefes (anestesiologia, medicina e enfermagem), transmitindo por fim aos intervenientes mais diretos: equipa de profissionais do bloco operatório. Tal como no plano de ação, o planeamento desta ação encontra-se consubstanciado nas fichas projeto que remeti para apêndice (Apêndice II).

Após apresentação dos resultados, procura-se negociar a execução de medidas corretivas, que não são concretas, uma vez que o que se pretende é promover o envolvimento da equipa, espicaçando o seu interesse e motivação, levando a que sejam os próprios a identificar quais os principais problemas encontrados bem como quais as estratégias para os eliminar/reduzir, pese embora se sigam as linhas orientadoras definidas na ficha projeto.

Trata-se de uma mudança de hábitos, como tal, a rutura com procedimentos previamente instalados é lenta e progressiva. Mais do que aumentar a adesão dos profissionais ao projeto CSSV é necessária uma consciencialização de toda a equipa para a utilidade e benefícios do mesmo para a ISE, equipa e utentes submetidos a uma cirurgia.

Conhecedora de algumas das dificuldades, a DGS emite algumas orientações, em finais de Agosto de 2011, nomeadamente a designação de dois responsáveis pela segurança cirúrgica, um médico e um enfermeiro com experiência na área de bloco operatório, que promovam e liderem internamente a aplicação da lista. Os responsáveis devem ter o reconhecimento pelos pares, capacidade de liderança e criatividade no desenvolvimento de estratégias de intervenção.

Existem ainda outros aspetos mais técnicos que necessitam de alguma atenção, quer a nível da própria sala (consulta dos exames), de procedimentos (marcação do local cirúrgico, prescrição/administração de profilaxia), comunicação e apropriação na íntegra do conceito de Segurança. A nível informático, resistem as dificuldades de acesso ao sistema e o impedimento de consultar as LVSC realizadas, imprescindível para futuros estudos e auditorias internas, numa perspetiva de melhoria.

CONCLUSÃO

A Segurança é uma das principais dimensões da qualidade e a Gestão do Risco, um dos instrumentos para a sua garantia. A complexidade dos tratamentos e das tecnologias, a interdependência das tarefas e as infeções são factores que tornam a prestação de cuidados uma atividade de elevada complexidade e risco, incerteza e insegurança que favorece a ocorrência de eventos adversos e erros, com possibilidade de indução de danos (Fragata J, 2004).

Numa organização de saúde, são ainda escassos os dados acerca da notificação do erro clínico ao nível das diferentes áreas de intervenção, um tema difícil de tratar, controverso e pouco estudado.

As complicações que surgem durante uma intervenção cirúrgica ou após a sua concretização continuam a ser causa importante de morbilidade e mortalidade. Em Dezembro de 2009, a DGS aderiu ao segundo desafio global para a Segurança do utente, proposto pela OMS, denominado “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”, implementando o projeto em todos os blocos operatórios do Sistema Nacional de Saúde.

Para o efeito, foi identificado um conjunto básico de práticas de segurança, resumido na forma de uma lista (LVSC) a ser utilizada de forma sistemática em todos os procedimentos invasivos onde exista risco de troca de utente, procedimento ou local a intervencionar, independentemente do tipo de anestesia (incluindo aqueles com anestesia local). Cada serviço cirúrgico das Instituições de Saúde deve assegurar que a utilização da LVSC seja registada na nota clínica /registo electrónico do utente.

Os objetivos deste projeto visam o reforço do compromisso das equipas cirúrgicas com a segurança do utente, nomeadamente no incremento das boas práticas de segurança anestésica, identificação do procedimento e do local cirúrgicos certos, a prevenção da infeção do local cirúrgico e a melhoria da comunicação dentro das equipas cirúrgicas.

Ao aderir a este projeto, a ISE parte para a diferenciação positiva, eliminando progressivamente a cultura “tarefeira” que muitas organizações insistem em perpetuar. Assume, assim, um desafio para a gestão assente numa mudança planeada, através da utilização do ciclo da qualidade (PDCA), realizando o diagnóstico da situação, ações para resolver os problemas detetados, avaliando os efeitos dessa intervenção e a possibilidade da implementação de medidas corretivas.

A realização deste trabalho de projeto, inserido no Curso de Mestrado em Gestão das Organizações – Ramo Unidades de Saúde, para além de permitir a satisfação dos objetivos propostos, despertou em mim a consciência para a necessidade de refletir sobre determinados aspetos que se prendem com o exercício de boas práticas na área da Segurança e da Qualidade em Saúde. Emerge dele o valor que assume enquanto contributo para a articulação nas vertentes profissional, formativa e institucional.

A sua concretização só foi possível graças ao empenho de toda uma equipa multidisciplinar do BOC da ISE, ao apoio dos Gestores de Risco Clínico e do Departamento da Qualidade, à disponibilidade das orientadoras e através do envolvimento em longos momentos de leitura, reflexão e discussão.

Para análise da evolução da situação, optei por um estudo descritivo, transversal e retrospectivo, onde se pretende analisar a implementação do projeto “Cirurgias Seguras Salvam Vidas” no BOC da ISE no período compreendido entre 19 de Junho e 19 de Setembro do corrente ano.

Admitindo a relevância do erro nas práticas clínicas, para a gestão da qualidade e desempenho hospitalar, dividi este trabalho em dois capítulos. No primeiro são delimitados os construtos norteadores do projeto, evidenciando a qualidade dos cuidados de saúde, a segurança do utente bem como a mudança organizacional ao nível da gestão e da formação como desafio à melhoria da qualidade dos serviços. No capítulo seguinte apresenta-se a operacionalização do mesmo, conciliando-o com o ciclo de Deming.

De modo sucinto, os problemas encontrados centram-se na área da motivação (adesão à LVSC e sua utilização de forma correta nos diferentes momentos recomendados), na comunicação (preenchimento de todos os itens da lista e transmissão de informação referente ao procedimento cirúrgico) e a nível funcional (marcação do local cirúrgico, visibilidade dos exames e administração de profilaxia antibiótica e tromboembólica).

A nível do trabalho de campo destacam-se algumas conclusões, que estruturei em dois itens: preenchimento da LVSC e apreciação global, de forma a facilitar a apreensão dos aspetos relevantes.

- **Preenchimento da LVSC**

No período abrangido pela observação foram realizadas 996 cirurgias, no BOC da ISE, das quais 242 apresentaram o preenchimento da LVSC resultando numa taxa de realização global na ordem dos 24% (242). A LVSC foi preenchida maioritariamente em tempo real e no desdobramento dos dois meses em análise é perceptível um decréscimo na realização à medida que o tempo avança.

Dos diversos itens que compõe a primeira parte da LVSC destaca-se positivamente o item referente à confirmação da identidade, do procedimento, do local do procedimento e consentimento cirúrgico dado pelo doente. Os restantes artigos apresentam valores percentuais relativamente elevados, no entanto, importa ainda reforçar a necessidade de responder a todos eles enquanto elos relevantes na cadeia da segurança cirúrgica. Nesta fase, o principal problema encontrado reside na ausência da marcação do local cirúrgico, quando aplicável.

Na segunda parte da LVSC salientam-se positivamente, a apresentação de todos os elementos da equipa, bem como dos dados relativos ao doente. De ressaltar ainda, de modo positivo, a transmissão de informação pelo cirurgião (tempo previsto para a cirurgia, perda de sangue prevista, passos críticos ou fora da rotina), anestesista (preocupação específica com o utente) e

equipa de enfermagem (confirmação da esterilização, se existem problemas com equipamentos/dispositivos ou outra preocupação). De forma menos conseguida e a requerer maior atenção enumera-se uma considerável quantidade de cirurgias onde a profilaxia antibiótica e tromboembólica não é administrada, bem como, um outro aspeto que retrata a não consulta de exames imagiológicos essenciais, durante o ato cirúrgico.

Durante a terceira e última parte da LVSC, os aspetos a melhorar francamente assentam no elevado número de enfermeiros que não confirmam verbalmente a rotulagem dos produtos biológicos e na ausência de transmissão de informação relevante à equipa do recobro. Por sua vez, os referidos profissionais confirmam verbalmente, o nome do procedimento bem como a contagem de instrumentos, compressas e corto-perfurantes, atingindo os valores percentuais mais elevados da lista.

▪ **Apreciação Global**

Durante o período de implementação da lista houve alguma dificuldade no preenchimento da mesma, sendo que, no global, 56,6% (112) das LVSC, preenchidas na plataforma informática, foram realizadas no momento preconizado e em 43,4% (86) das cirurgias tal não acontece.

As inconformidades do preenchimento incidem somente na segunda e terceira fase da LVSC.

A fase dirigida à informação a ser verificada/recolhida antes do doente sair da sala de operação apresenta o maior valor de inconformidade situado nos 93% (80), sendo os registos feitos por antecipação.

A maioria das inconformidades de preenchimento ocorrem porque uma vez começado o preenchimento da LVSC este é feito de forma contínua.

O presente relatório abrange os desenvolvimentos até à fase de diagnóstico de situação inclusivamente, tendo contudo existido a preocupação de programar a implementação de medidas corretivas (cf. ponto 4).

Os constrangimentos de ordem informática, nomeadamente ao nível do acesso e consulta da plataforma, conduziram a implicações consideráveis no ritmo e estadió de desenvolvimento do trabalho. Pese embora se tenha aplicado a LVSC nos dois blocos operatórios, apenas foi possível aceder aos dados do BOC.

A DGS conhecedora das dificuldades existentes emite algumas orientações facilitadoras da promoção e aplicação da lista, contudo as mesmas surgem um ano após a referida entidade ter emanado uma circular normativa a ser aplicada a todos os blocos operatórios do Sistema Nacional de Saúde. Num contexto de mudança planeada e desejada, torna-se necessário haver maior prontidão na resposta aos problemas que surgem durante o processo de implementação,

particularmente importante, quando as instituições se encontram com ratio mínimos. Atendendo a esse fato é de elogiar o compromisso de todos os profissionais da ISE, envolvidos na implementação do referido projeto, que convivem diariamente com constrangimentos evitáveis através de um planeamento mais ponderado e assertivo.

Esta jornada constituiu mais uma etapa do percurso que se vislumbra, e como tal ponto de partida para novos desenvolvimentos. Seria gratificante constatar que após a divulgação dos resultados obtidos, os profissionais dessem um pequeno passo em direção à mudança da já mencionada realidade, transformando um trabalho que nasceu com o intuito académico, numa ferramenta que permitirá, a jusante, modificar comportamentos rumo a melhoria da qualidade.

A apresentação dos resultados ao Serviço da Qualidade visa um compromisso com a continuidade de projeto, ao nível da ISE, para o qual me disponibilizo.

BIBLIOGRAFIA

Wilkinson, A. T. (1998). *Managing with total quality management: theory and practice*. UK: Mc Millan.

Abreu, Wilson Correia (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico: Fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda.

Agency for Health Care Research and Quality (2008). Quality Indicator. *Patient safety indicators: technical specifications*. [s.l.]: [s.n.].

Amiguiinho, A. J. M. (1992). *Viver a formação construir a mudança*. Lisboa: EDUCA.

André, O. & Rosa, D. (1997). Qualidade dos cuidados de saúde: *Satisfação dos utentes. Enfermagem Oncológica*, p. 23-33.

António, N. S. & Teixeira, A. (2007). *Gestão da Qualidade: De Deming ao Modelo de Excelência da EFQM*. Lisboa: Silabo.

Barros, P. (1998). Custos e Qualidade. Encontro: Qualidade em cuidados de saúde- avaliação e melhoria. Lisboa: [s.n.].

Bogdan, R. & Biklen, S. K. (1994). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.

Botelho, J. R. (1998). Contributos da formação profissional contínua para a qualidade dos cuidados de enfermagem. *Servir*. 45 (5), p. 262-266.

Bruno, Faria & M.F.F. (2000). *Análise da relação entre os conceitos de criatividade, inovação e mudança organizacional*. [s.l.]: Mimeo.

Caetano, António (2001). Mudança e intervenção organizacional. In J. Ferreira, *Manual da psicossociologia das organizações*. Amadora: [s.n.]. p. 531-566.

CNDCA. (2008). *Cirurgia de Ambulatório: um modelo de qualidade centrado no utente*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Collière, M. F. (1989). Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. *Sindicato dos Enfermeiros Portugueses*. Lisboa: Lidel.

Costa, M. M. & Costa, A. Q. (1997). Formação em serviço: mitos e realidades. *Sinais Vitais* (15), p. 44-46.

Croizier, M. (1982). Mudança individual e colectiva. In A. Pknoke, *Mudança social e psicológica social*. Lisboa: Livros horizonte.

Cunha, M. P. (2002). As duas faces da Mudança Organizacional: Planeada e Emergente. [s.l.]: [s.n.].

Donabedian, A. (1998). *The quality of care: how can it be assessed?*. [s.l.]: JAMA.

Eggil, Y. & Halfon, P. (2003). A conceptual framework for hospital quality management. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 16 (1), p. 29 - 36.

Fernandes, M. T. (1999). Metodologia de Projecto. *Servir*. (47), p. 233 - 236.

Ferraz, E. M. (2009). A cirurgia segura. Uma exigência do século XXI. *Revista Colegio Brasileiro de Cirurgiões*, p. 281-282.

Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

Fragata, J. & Martins, L. (2004). *O erro em Medicina: Perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade*. Coimbra: Livraria Almedina.

Gomes, I. D. (1999). Os enfermeiros e a formação em serviço. *Servir*. 47 (4), p. 178-181.

Handy, C. B. (1978). *Como compreender as organizações*. Rio de Janeiro: Zahar.

Hesbeen, W. (2006). *Trabalho de fim de curso, trabalho de humanidade: emergir como autor do seu proprio pensamento*. [s.l.]: Lusociência.

Honoré, B. (2002). *A Saúde em Projecto*. Camarate: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Honoré, B. (2004). *Cuidar - Persistir um conjunto na existencia*. Camarate: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Kohn, L. T. & Corrigan, J. M. & Donaldson, M. S. (2000). To err is human: building a safer health system. [s.l.]: Institute of Medicine Nacional Academy Press. p. 14.

Lesne, M. (1984). *Trabalho Pedagógico e formação de adultos*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Ministério da Saúde. (1999). Saúde: um compromisso. *A Estratégia de Saúde para o Virar do Século. 1998 - 2002*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.

Ministério da Saúde (2009). Estrtégia Nacional para a Qualidade na Saúde. *Revista da Missão dos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.

Novoa, A., & Finger, M. (1988). *O Método (Auto) biográfico e a Formação*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. *Divulgar*. Lisboa: [s.n.].

OPSS. (2009). *10/30 anos: razões para continuar*. Coimbra: Mar da palavra.

WHO. (2008). Summary of the evidence on patient safety: implications for research. Geneve: [s.n.]. p. 22.

Pessoa, M. (2005). A Qualidade enquanto factor de mudança nas organizações de saúde. *Revista Portuguesa de Enfemagem*, p. 49-52.

Pisco, L. (2002). IQS uma referência, um parceiro credível. *Qualidade em Saúde* 6, p. 4 - 11.

Reason, J. (2005). Human Error: Models ad Management. *BMJ*, 320, p. 768-770.

Rego, Arnaldo (2009). *Relatório Gestão de Risco Clínico*. [s.l.].

Ribeiro, O. P. & Carvalho, F. M. & Ferreira, L. M., & Ferreira, P. J. (2008). Qualidade dos Cuidados de Saúde. *Millenium ISPV* (35).

Rodrigues, A. & Esteves, M. (1993). *A análise de necessidades na formação de professores*. Porto: Porto Editora.

Rogers, C. L. (1961). *Tornar-se pessoa*. Lisboa: Morães editora.

Sá, A. (2002). *Teoria da contabilidade*. [s.l.]: Atlas.

Sale, D. (1998). Garantia da qualidade nos cuidados de saúde. [s.l.], Publicações Universitárias e Científicas.

Saltman, R. & Figuers, J. (1997). European Health Care Reform, analysis of current strategis. *World Health Organization Regional Office for Europe*.

Serapioni, M. (2009). Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodologicas para uma abordagem multidimensional. *Revista crítica de ciências sociais*, p. 65-82.

Union, C. (2009). Consumers Union. *To err is human: to delay: ten years later, a million lives lost, billions of dollars wasted: Sfe Patient Project*. [s.l.]: [s.n.].

Vaitsman, J. (2000). Cultura das Organizações Publicas de Saúde- notas sobre a construção de um projecto. Lisboa: *Cadernos de Saúde Publica*.

Wachter, R. M. (2004). The end of the Beginning: patient safety five years after to err is human. [s.l.]: [s.n.].

WHO. (2005). Regional office for Europe PATH project. *Int J Qual Health Care*, p. 487 - 496.

woodman, R., & Sawyer, J. G. (1993). *Academy of Managemente*, p. 293-321.

WEBGRAFIA

Ballard, K. (2003). *Nursing - de Patient Safety: A shared responsibility*. Consultado em Março de 2011. Disponível na www: nursingworld.org

Campos L, V. C. (2010). PNS 2011-2016. Consultado em Março 2011. Disponível na www: acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2011/02/qs.pdf

Chris Christie, K. G. (s.d.). *Department of Health and senior services*. Consultado em Março 2011. Disponível na www: NJ.gov/health/ps

Departamento da Segurança (2010). *"Cirurgia Segura Salva Vidas", Circular Normativa*. Consultado em Março 2011. Disponível na www: dgs.pt

Directorate for Employment, L. a. (s.d.). Consultado em Março 2011. Disponível na www: qualiindicators.ahrq.gov

Europe, C. o. (2006). Consultado Março 2011. Disponível na www: wcd.coe.int

George, F. H. (2011). *Orientação da DGS sobre Lista de Verificação em Cirurgia*. Consultado em Março 2011. Disponível na www: dgs.pt

Instituto Nacional de Estatística. Consultado em Janeiro 2011. Disponível na www: ine.pt/xportal/xmain?xlang=pt&xpgid=ine_main&xpid=INE

New England Journal of Medicine (2009). *Hospital Pilot Sites Demonstrate Surgical Safety Checklist Drops Deaths and Complications by More Than One Third*. Consultado em Março 2011. Disponível na www: hsph.harvard.edu

Nunes, P. (2010). *bastonario-da-odem-dos-medicos-defende-novos-procedimentos-o-erro-clinico*. Consultado em Março 2011. Disponível na www: ionline.pt

Nurses, International Council (2002). Consultado em Março 2011. Disponível na www: icn.ch/

Oliveira, R. S. (2007). *Serviços de Saúde e avaliação de desempenho: Uma revisão da literatura*. Consultado em Março 2011. Disponível na [www: abepro.org.br](http://www.abepro.org.br)

Organizacion, W. h. (Outubro de 2004). *World Allience for Patient Safety- forward programme*. Consultado em Março 2011. Disponível na [www: who.int/patientsafety](http://www.who.int/patientsafety)

Pisco, L. (2009). *Perspectivas da qualidade em Saúde*. Consultado em Março 2011. Disponível na [www: dge.ubi.pt](http://www.dge.ubi.pt)

Plano Nacional de Saúde 2004 – 2010: Mais saúde para todos. Consultado em Fevereiro de 2011. Disponível na [www: acs.min-saude.pt/pns/pt](http://www.acs.min-saude.pt/pns/pt)

Plano Nacional de Saúde 2011 - 2016. Consultado em Fevereiro de 2011. Disponível na [www: acs.min-saude.pt/pns2011-2016/.../Boletim-Pensar-Saude-Nº01.pdf](http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/.../Boletim-Pensar-Saude-Nº01.pdf)

Service, New Jersey (2008). *Patient Safety Reporting System*. Consultado em Janeiro 2011. Disponível na [www: state.nj.us/](http://www.state.nj.us/)

WHO. (2008). *WHO Guidelines for safe surgery* . Consultado em Janeiro 2011. Disponível na [www: who.in/entity/patientsafety/safesurgery](http://www.who.in/entity/patientsafety/safesurgery)

APÊNDICES

Apêndice1: FICHAS PROJETO DO PLANO DE AÇÃO

Atividade nº 1

AÇÃO	Reunião de divulgação do projeto "Cirurgias Seguras Salvam Vidas",
FUNDAMENTAÇÃO	As complicações cirúrgicas, que surgem durante a intervenção ou após a sua concretização, continuam a ser causa importante de morbilidade e mortalidade. A DGS com base em documentação da OMS determina, em parceria com o SIGIC, a implementação da "Cirurgia Segura Salva Vida" em todos os BO do SNS(Circular Normativa Nº:16/DQS/DQCO, de 22/06/2010).
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none">✓ Negociar a concretização do projeto "Cirurgias Seguras Salvam Vidas";✓ Dar a conhecer as diretrizes do DQS;✓ Sensibilizar as equipas multidisciplinar do BOC e BA, para implementação do projeto;✓ Negociar uma data de início da implementação;✓ Diagnosticar quais as possíveis potencialidades e constrangimentos da implementação do projeto no BOC e BA;✓ Procurar encontrar soluções para contornar os obstáculos referidos;
ESTRATÉGIA	<ul style="list-style-type: none">✓ Contato informal com Gestor de Risco Clínico (GRC) da ISE e Gestora do Projeto de Acreditação (GPA);✓ Agendamento da reunião para a primeira semana de Novembro de 2010, na sala de reuniões do Departamento de Cirurgia (1º momento: BOC);✓ Agendamento da reunião para Janeiro de 2011, no gabinete do BA (2º momento: BA);✓ Elaborar convocatória de todos os intervenientes, via telefónica, obtendo confirmação da presença dos mesmos;✓ Moderação a cargo do GRC da ISE;
INTERVENIENTES	<ul style="list-style-type: none">✓ Gestor de Risco Clínico;✓ Gestora do Projeto de Acreditação;✓ Mestranda;
POPULAÇÃO ALVO	1º Momento <ul style="list-style-type: none">✓ Diretor do Departamento de Cirurgia da ISE;✓ Chefe do Serviço de Cirurgia da ISE;

- ✓ Chefe do Serviço do BOC da ISE;
- ✓ Chefe do serviço de anestesiologia da ISE;
- ✓ Chefe de enfermagem do BOC da ISE;
- ✓ Chefe de enfermagem

2º Momento

- ✓ Diretora/ Chefe do serviço de anestesiologia do BA da ISE;
- ✓ Chefe de enfermagem do BA da ISE;

AVALIAÇÃO

- ✓ Comentários e natureza dos mesmos sobre a sensibilização para a implementação do projeto;
- ✓ Definição de data de início da implementação;
- ✓ Obstáculos identificados;
- ✓ Identificação das sugestões;

Atividade nº 2

AÇÃO	Formação sobre preenchimento/implementação da LVSC no BA
FUNDAMENTAÇÃO	Com vista a diminuir as taxas de complicações e de mortalidade durante a prestação de cuidados cirúrgicos, a DGS abraçou o programa baseado na utilização de uma LVSC que deverá ser efetuada obrigatoriamente durante o ato cirúrgico (antes da indução anestésica, antes da incisão da pele e antes do utente sair da sala de operações). Tratando-se de um procedimento, de certo modo, novo em termos de implementação importa explicitar o seu preenchimento, permitindo simultaneamente perceber a reação dos diversos intervenientes ao mesmo. Gerir e acompanhar a mudança nas diferentes fases, designadamente de descongelamento, é fundamental no processo.
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none">✓ Apresentar o projeto "Cirurgias Seguras Salvam Vidas";✓ Sensibilizar e motivar a equipa de enfermagem do BA para a implementação das orientações emanadas pela DGS;✓ Informar sobre modo de preenchimento da LVSC;
ESTRATÉGIA	<p>1º Momento:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Utilização de uma dinâmica por pequenos grupos de trabalho;✓ Demonstração do preenchimento da LVSC em suporte informático;✓ Esclarecimento de dúvidas/questões sobre a LVSC;✓ Entrega dos códigos individuais de acesso a plataforma informática;✓ Momento prático para os formandos que desejarem. <p>2º Momento:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Demonstração do preenchimento da LVSC em contexto de trabalho, nas duas salas do BA.
INTERVENIENTES	<ul style="list-style-type: none">✓ Mestranda.
POPULAÇÃO ALVO	<ul style="list-style-type: none">✓ Equipa de enfermagem do BA;✓ Anestesiologistas (2º momento);✓ Médicos destacados para cirurgia nesse dia (2º momento).

Apêndice 2: FICHAS PROJETO DAS MEDIDAS CORRETIVAS

Atividade nº 1

AÇÃO	Reunião de divulgação dos resultados da implementação do projeto CSSV no BOC no período compreendido entre 19/07/2011 e 19/09/2011.
FUNDAMENTAÇÃO	Os sistemas de qualidade baseiam-se numa abordagem de gestão sistemática, suportada nos princípios da organização, nas práticas e processos, que procura a melhoria contínua da qualidade dos produtos e serviços através da melhoria dos processos e do retorno da informação dos colaboradores e dos clientes.
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none">✓ Apresentar resultados obtidos com a implementação do projeto CSSV, no BOC, nos dois primeiros meses;✓ Enunciar medidas corretivas e de melhoria;✓ Procurar encontrar soluções para contornar os problemas identificados;✓ Negociar o processo de implementação de medidas corretivas.
ESTRATÉGIA	<ul style="list-style-type: none">✓ Agendamento de três reuniões (1º, 2º e 3º momentos);✓ Elaboração de convocatória para todos os elementos;
INTERVENIENTES	<ul style="list-style-type: none">✓ Mestranda (1º e 3º momentos);✓ Gestor do Risco Clínico (2º momento);✓ Gestora do Projeto de Acreditação (2º momento).
POPULAÇÃO ALVO	<p>1º Momento</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Gestor do Risco Clínico;✓ Gestora do Projeto de Acreditação. <p>2º Momento</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Diretor do Departamento de Cirurgia da ISE;✓ Chefe do Serviço do BOC da ISE;✓ Chefe do Serviço de Anestesiologia da ISE;✓ Chefe de Enfermagem do BOC da ISE. <p>3º Momento</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Equipa de Anestesiologista do BOC;✓ Equipa de Enfermagem;✓ Equipa Médica do BOC.
AValiação	<ul style="list-style-type: none">✓ Comentários e natureza dos mesmos sobre as medidas corretivas;✓ Identificação das sugestões.

